

Проблемы организации травматолого-ортопедической помощи в России

Ежов И.Ю.





ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения
«Приволжский окружной медицинский центр»
Федерального медико-биологического агентства



(831) 428-81-88
пн-пт: с 8:00 до 17:00

ЗАПИСАТЬСЯ НА ПРИЕМ Структура ПОМЦ Ответы на вопросы Видеоархив Новости Филиалы Для пациентов Вакансии О нас

Запись на прием

- [Амбулаторная помощь](#)
- [Стационарная помощь](#)
- [Реабилитационная помощь](#)
- [Скорая помощь](#)
- [Помощь на дому](#)
- [Высокотехнологичная помощь](#)

Поиск по сайту: **Новости** [Поздравляем сотрудников ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, ставших](#)



Магнитно-резонансная томография



Современное лечение

Государственное учреждение «Приволжский окружной медицинский центр» учреждено Министерством здравоохранения Российской Федерации приказом от 17.10.2001 г. №375. В соответствии с п.3.1.Устава, утвержденного приказом ФМБА России от 17 мая 2011 года № 22у целью деятельности ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России является медико-санитарное обеспечение работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, в том числе имеющих профессиональные заболевания, населения территорий подлежащих обслуживанию ФМБА России в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации, оказание помощи застрахованному населению в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медико-санитарное обеспечение и охрана прикрепленного контингента, в т.ч. первичная, специализированная, высокотехнологичная медицинская помощь, специализированная медицинская помощь силами выездных бригад быстрого реагирования в случае чрезвычайных ситуаций.

Вобравший в себя практически все многообразие направлений современной медицины ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России сегодня имеет широкую сеть лечебных учреждений с общей коечной мощностью 1154 и 2804 посещений в смену: 4 клинических больницы, 5 поликлиник, в том числе стоматологическая поликлиника в г. Нижнем Новгороде и 16 филиалов, расположенных в 6-ти областях и 3-х республиках РФ:



Основные показатели работы отделения

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Пролечено больных	382	645	824	1006	1274	1522
Средний к\д	8	8,9	8	6,3	6,8	5,9
Оборот койки	21,5	32,2	41,2	50,3	47,2	63,3
Функция койки	172,1	287	332,5	313,2	320	364



География пациентов

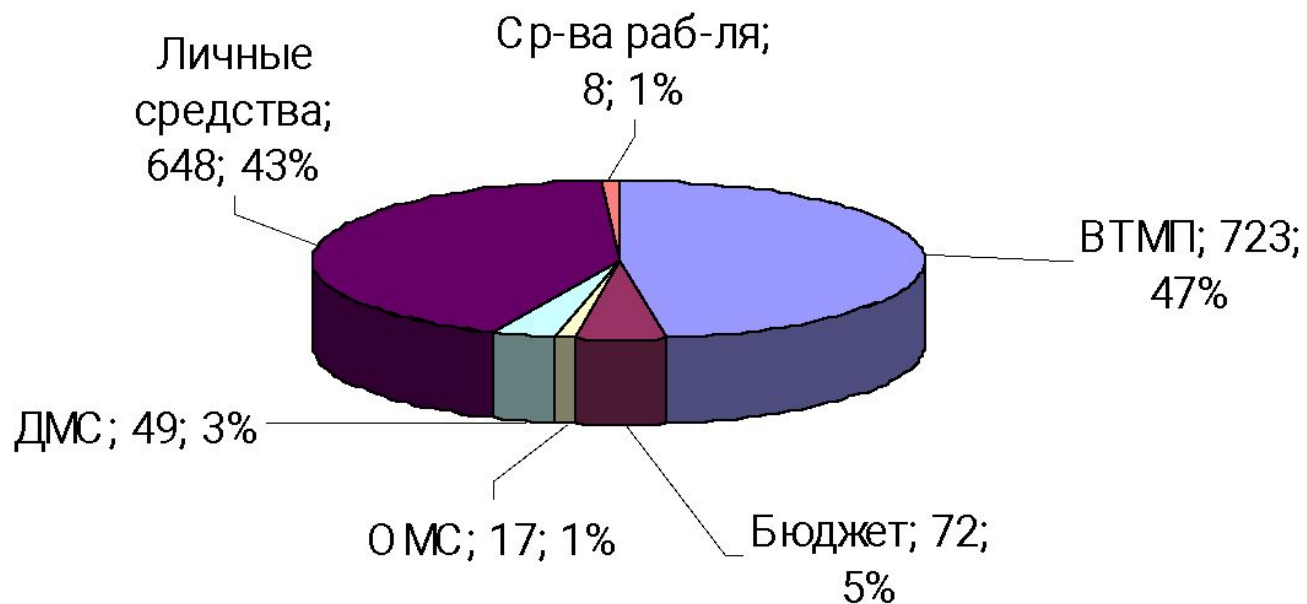


Финансирование лечения

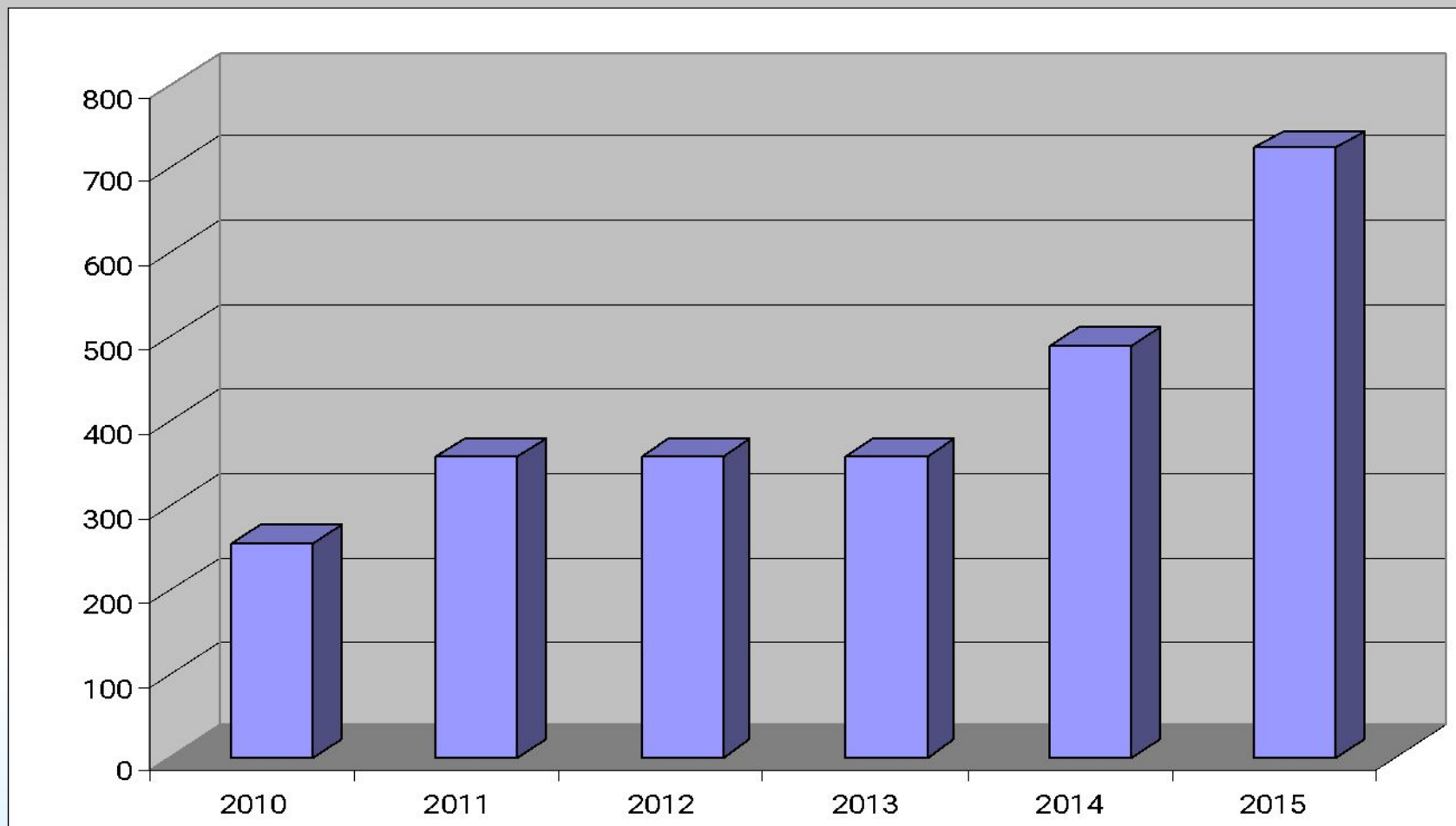
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВТМП	254 (58,5%)	358 (55,5%)	358 (43,4%)	358 (35,8%)	490 (38%)	723 (47%)
Бюджет	30 (6,9%)	19 (2,9%)	69 (8,4%)	63 (6,3%)	113 (9%)	72 (5%)
ОМС	0	26 (4%)	40 (4,9%)	33 (3,3%)	46 (4%)	17 (1%)
ДМС	11 (2,5%)	30 (4,65%)	31 (3,8%)	34 (3,4%)	45 (4%)	49 (3%)
Личные средства	135 (32,1%)	209 (32,4%)	315 (38,2%)	499 (49,9%)	572 (44%)	648 (43%)
Ср-ва работодателя	-	3(0,46%)	11(1,3%)	13(1,3%)	8 (1%)	13 (1%)
Итого	430	645	824	1000	1274	1522



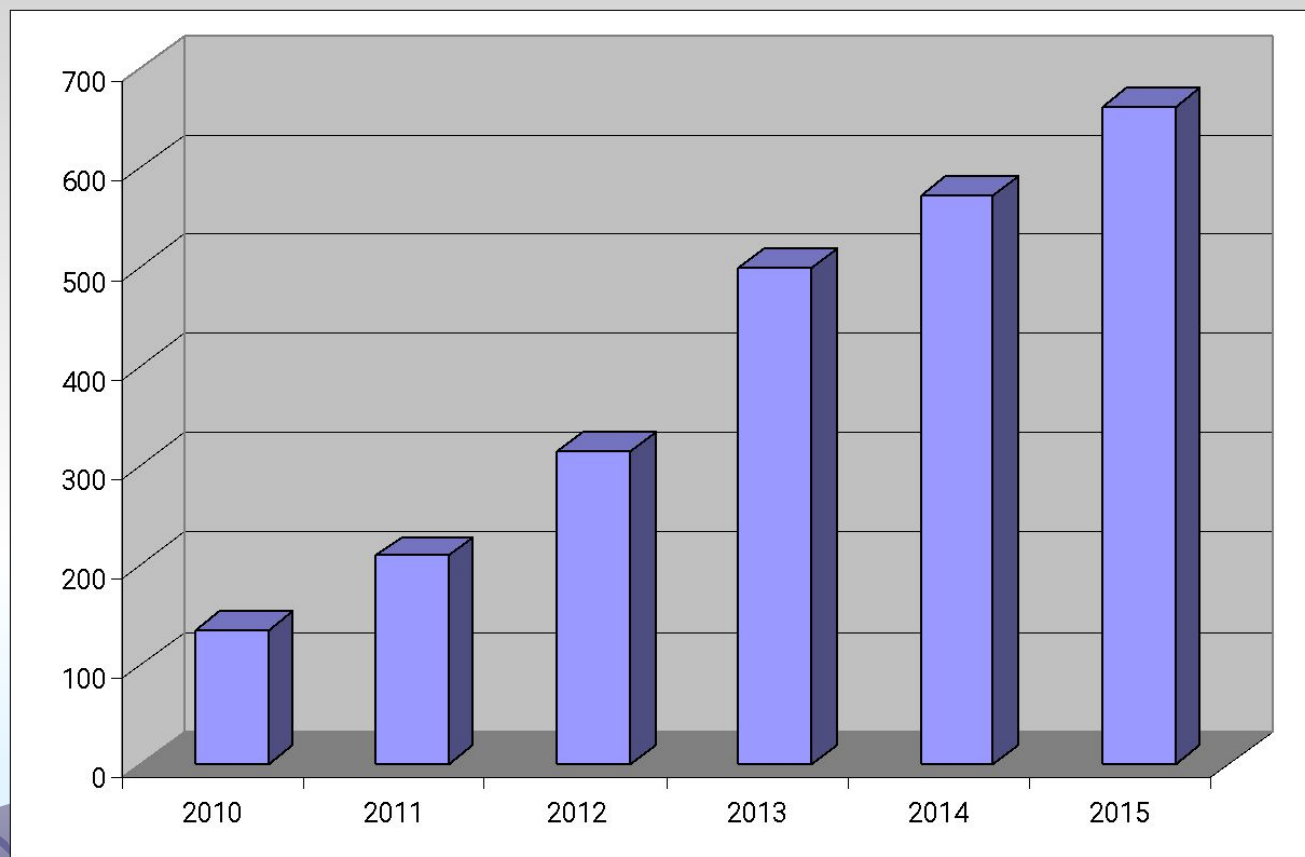
Финансирование лечения



Рост числа больных по ВМП



Рост числа больных по внебюджетному финансированию

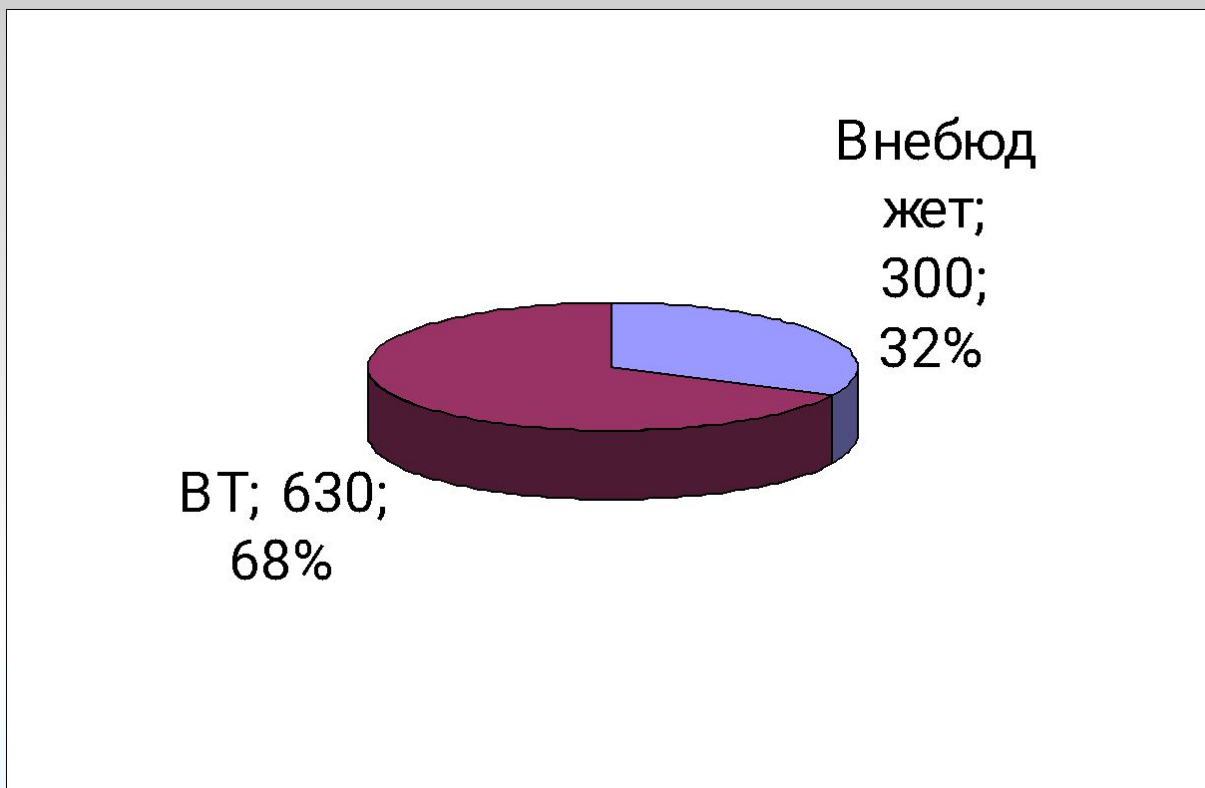


Финансирование эндопротезирования

	2010год	2011год	2012год	2013	2014	2015
Внебюджет	34 (11,8%)	90 (20,1%)	149 (29,4%)	226 (38,7%)	280 (37%)	300 (32%)
ВТ	254 (88%)	358 (80%)	358 (71%)	358 (61%)	475 (63%)	630 (68%)
Итого	288	448	507	584	755	930



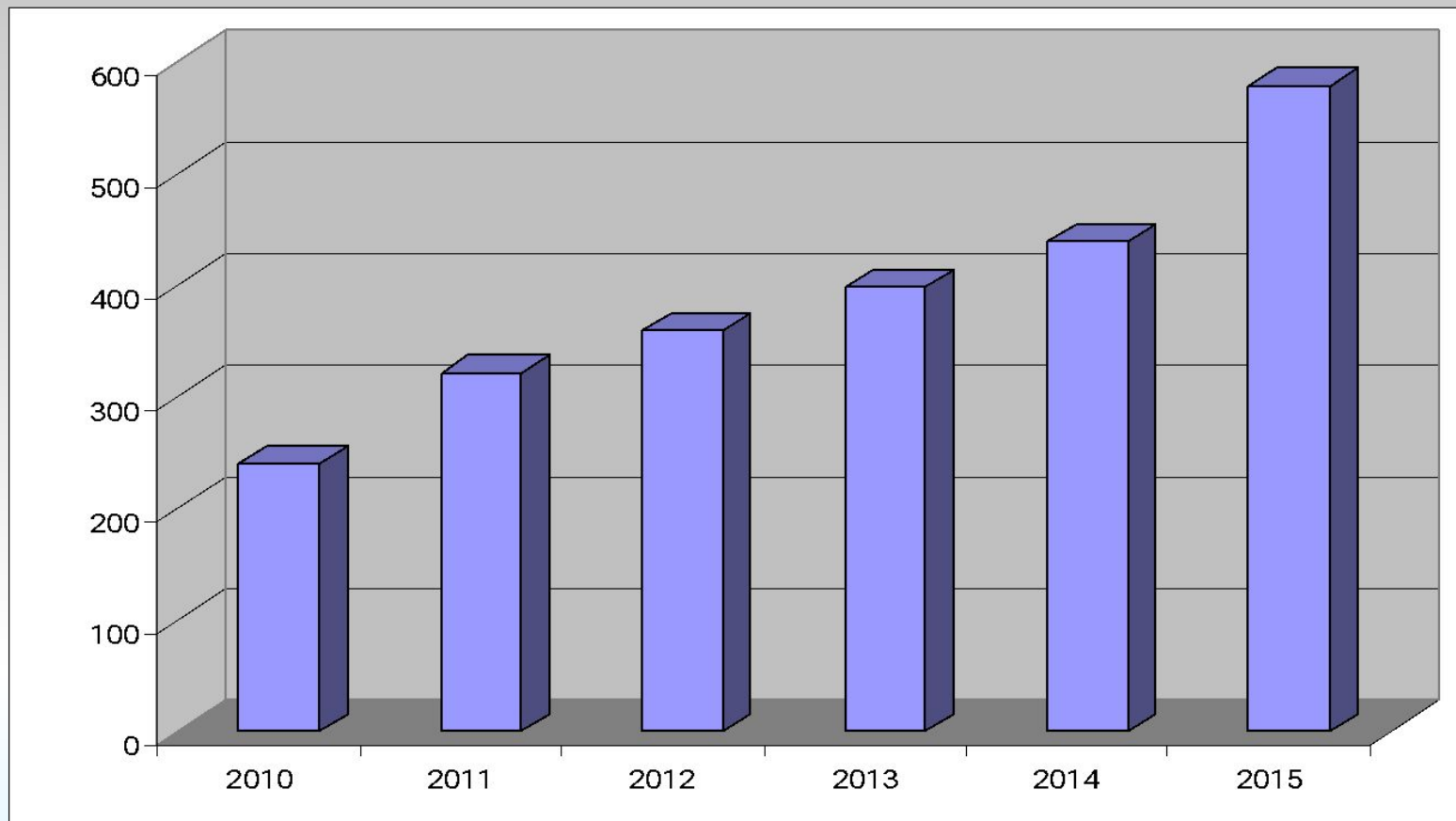
Финансирование эндопротезирования



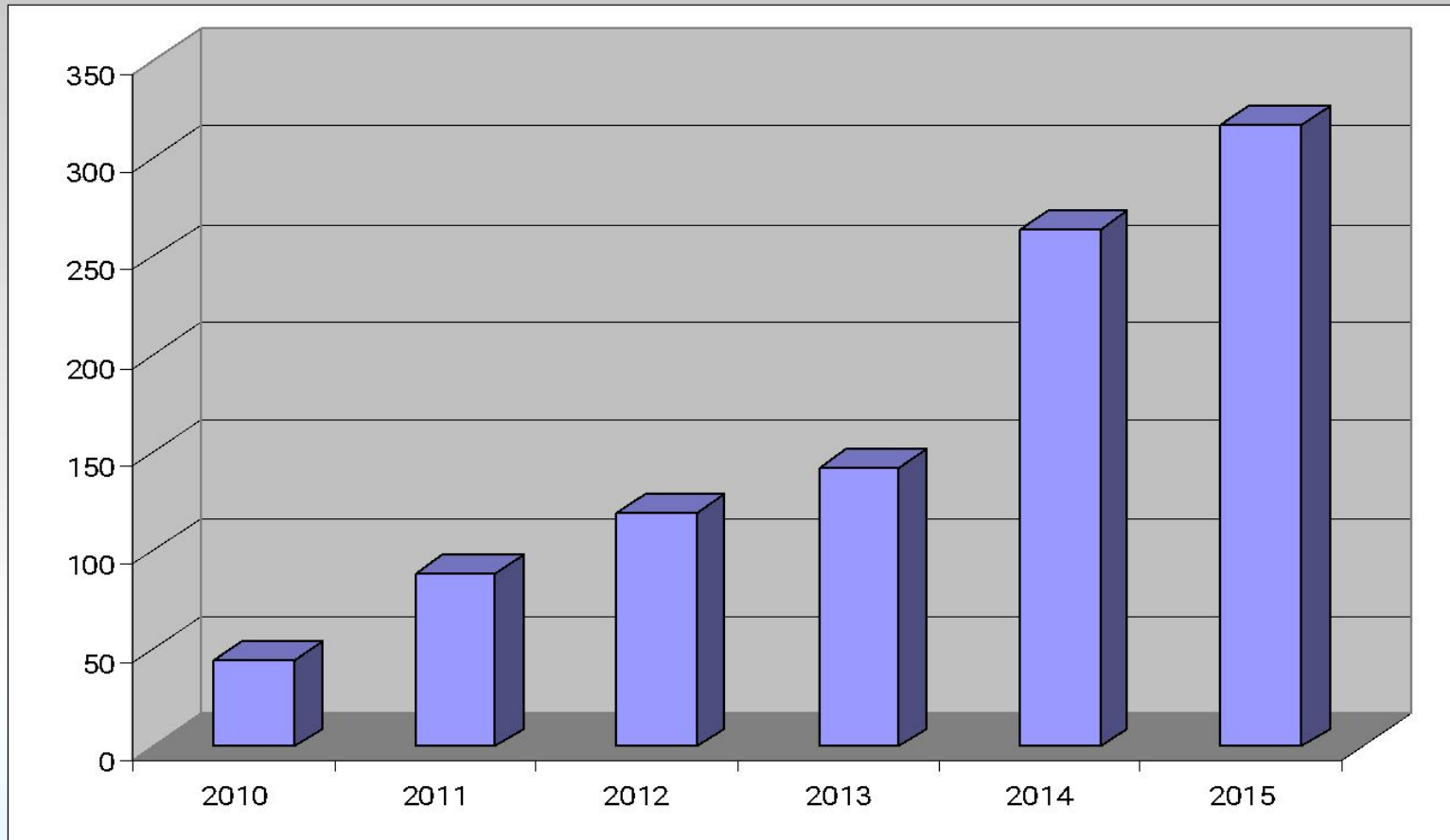
Виды оперативного лечения

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ЭП тазобедренных суставов	240	336	366	398	439	578
РЭП т/б и коленных суставов	3	20	19	44	50	35
ЭП коленных суставов	44	88	119	142	264	317
Артроскопии	89	137	205	277	259	277
Корригирующие остеотомии и пластики						93
Прочие операции	31	50	97	141	193	209

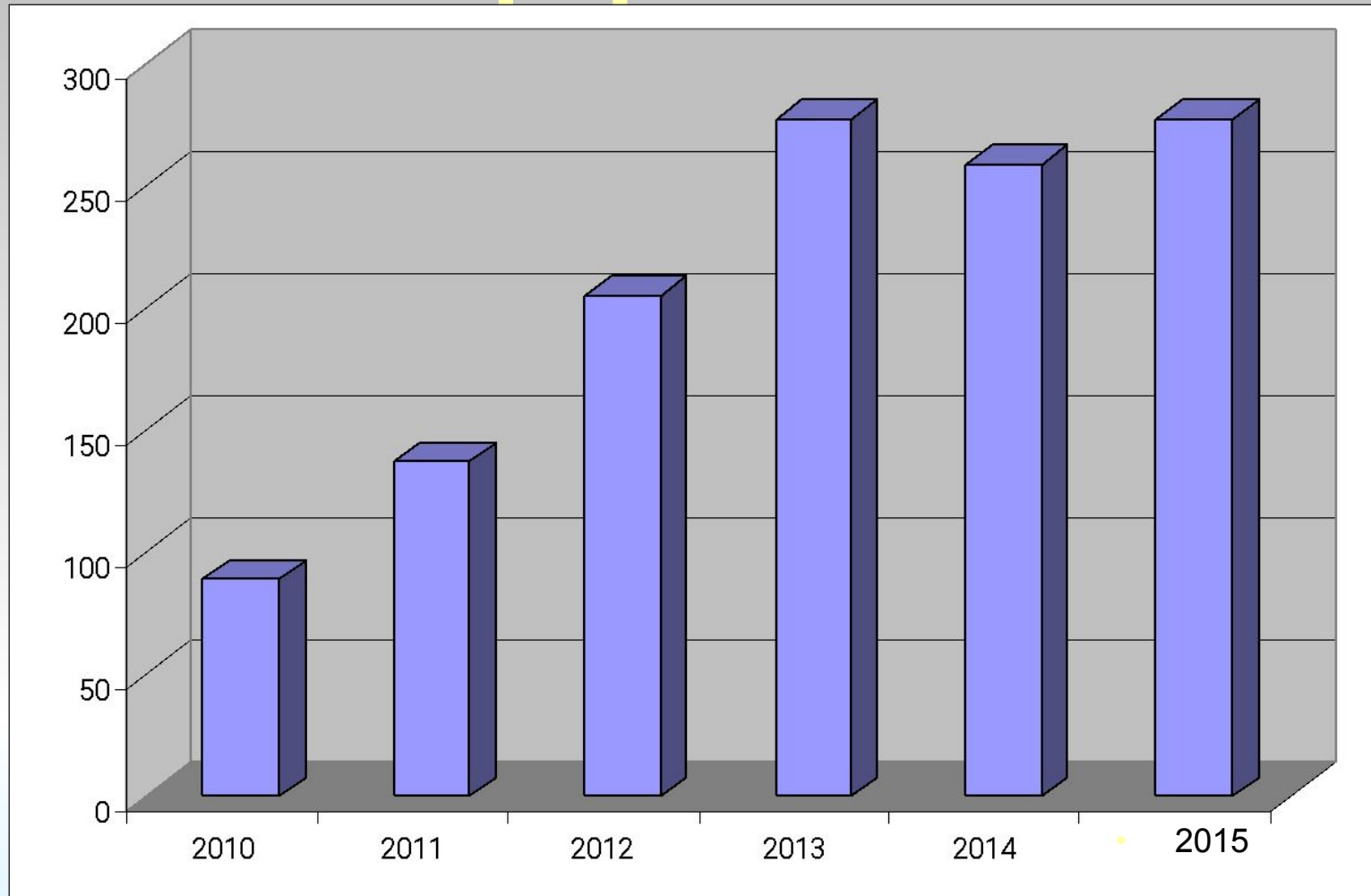
Эндопротезирование тазобедренного сустава



Эндопротезирование коленного сустава



Артроскопия

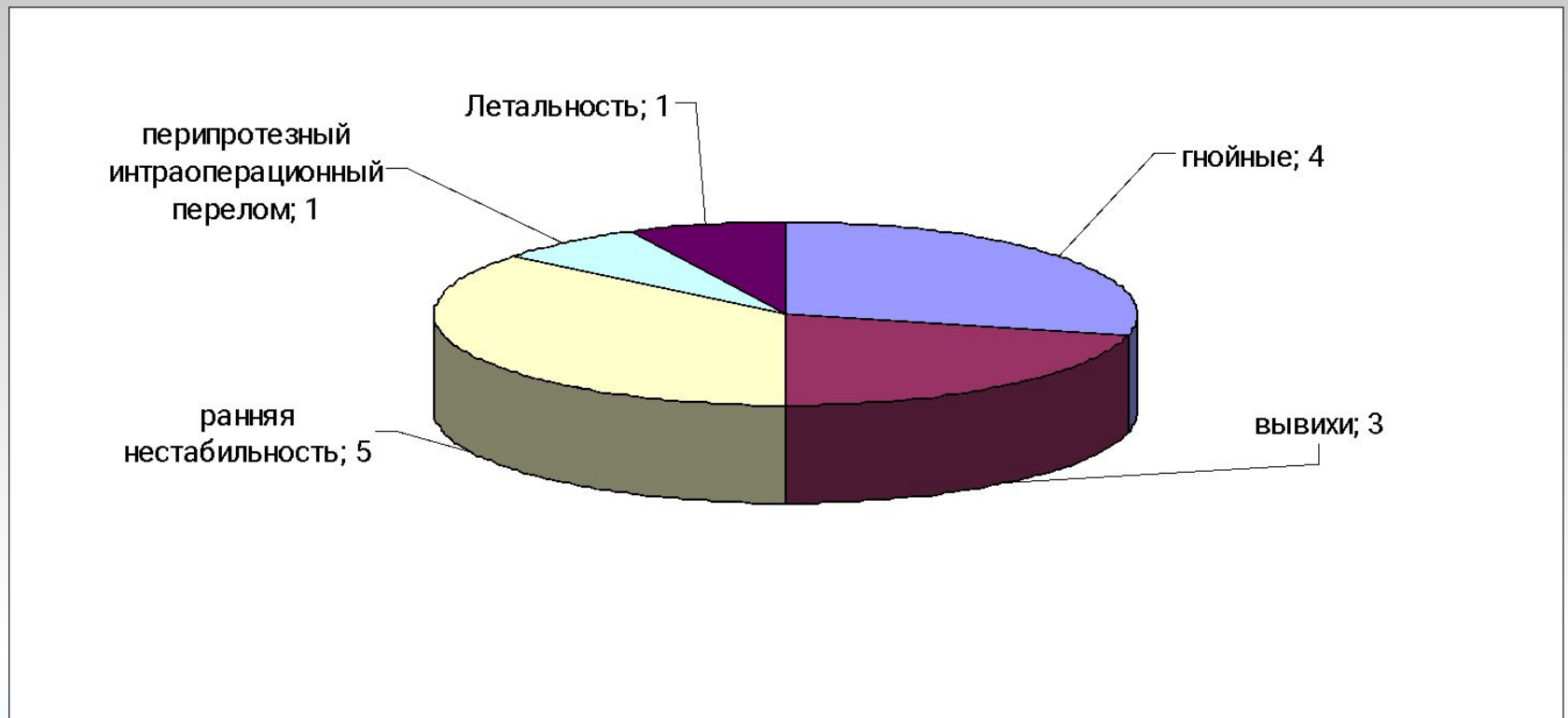


Осложнения

	2010год	2011год	2012го д	2013	2014	2015
Осложнения ранние	6 (1,4%)	34 (5,37%)	28 (3,47%)	27 (2,7%)	19 (1,6%)	16 (1,1%)
В т. ч. гнойные	1 (0,23%)	2 (0,32%)	2 (0,25%)	3 (0,3%)	4 (0,3%)	4 (0,3%)
Летальность	0	2 (0,32%)	0	5 (0,5%)	1 (0,1%)	1 (0,1%)

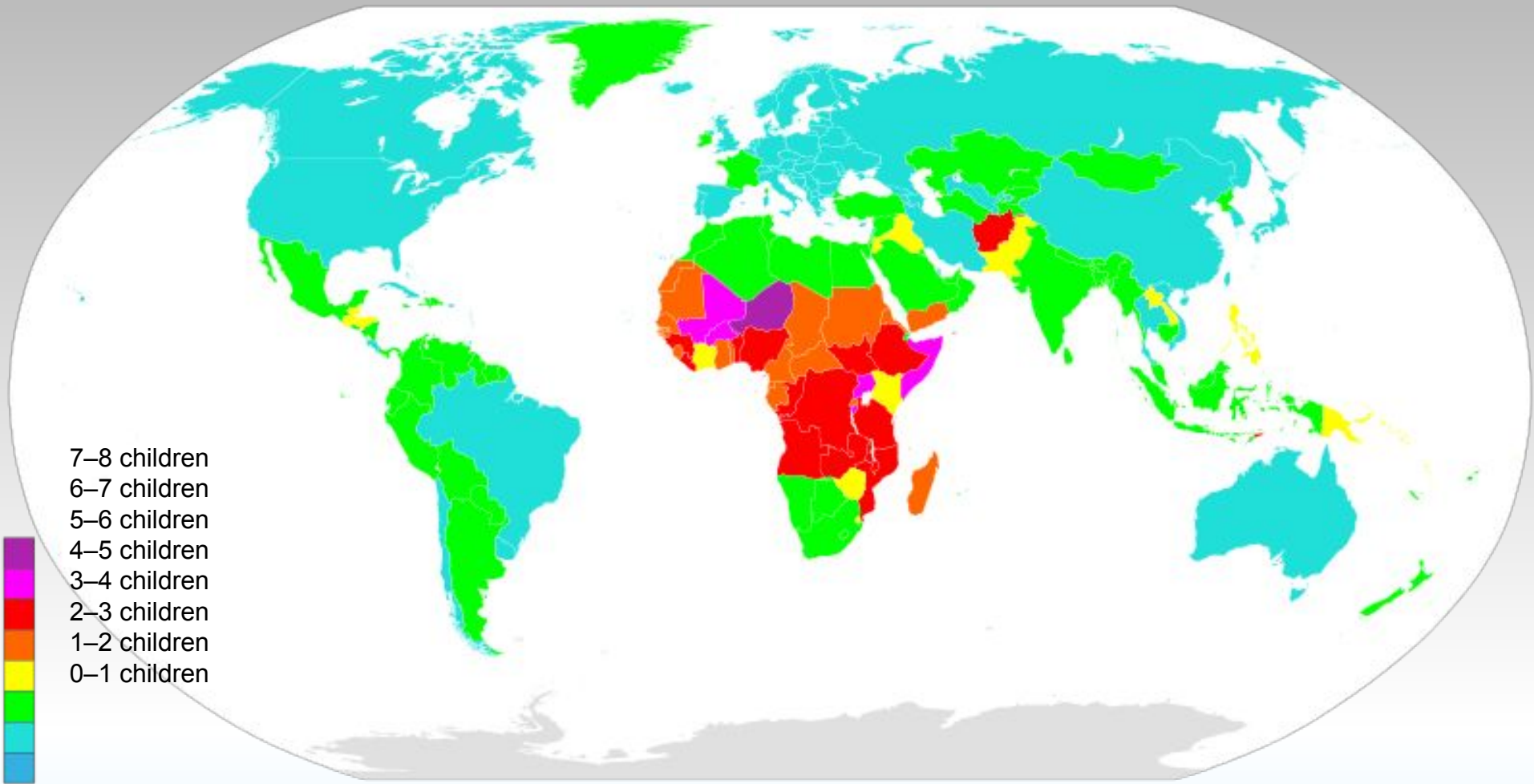


Структура ранних осложнений



Структура поздних осложнений





Коэффициент смертности в странах мира
Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>

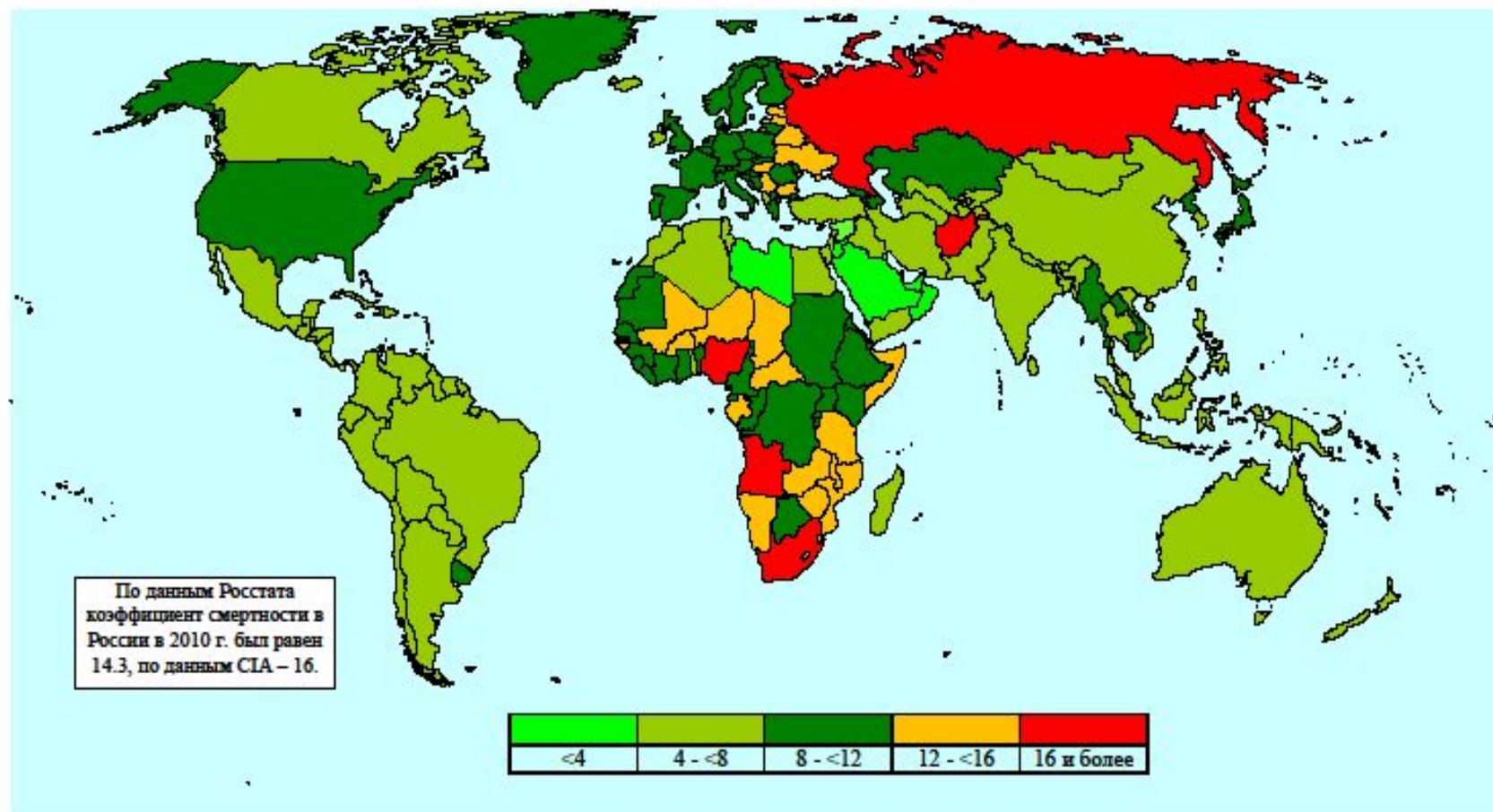
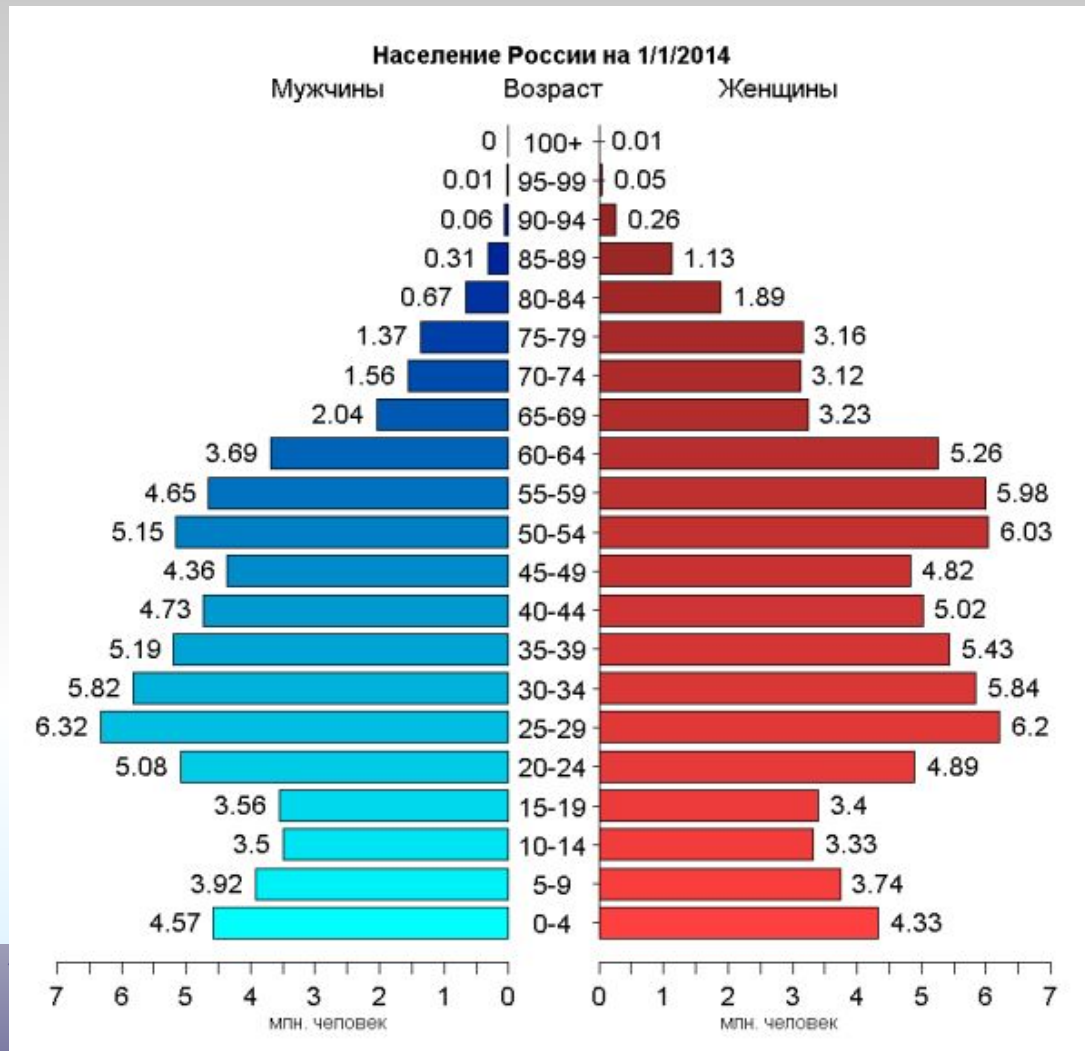
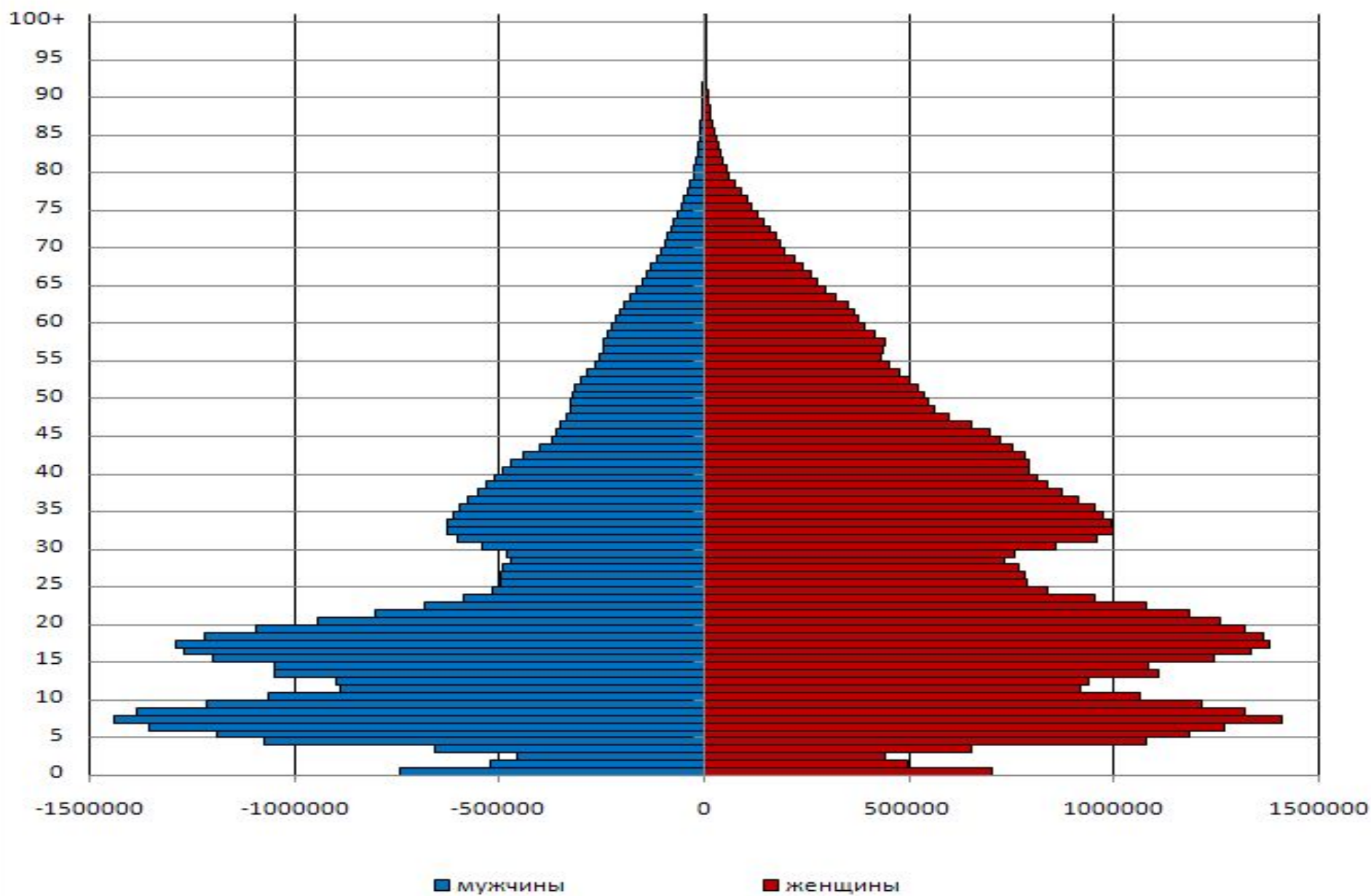


Рис. 2.22, б. Коэффициент смертности в странах мира. Источник: построено по данным CIA – The World Factbook (estimation 2011)

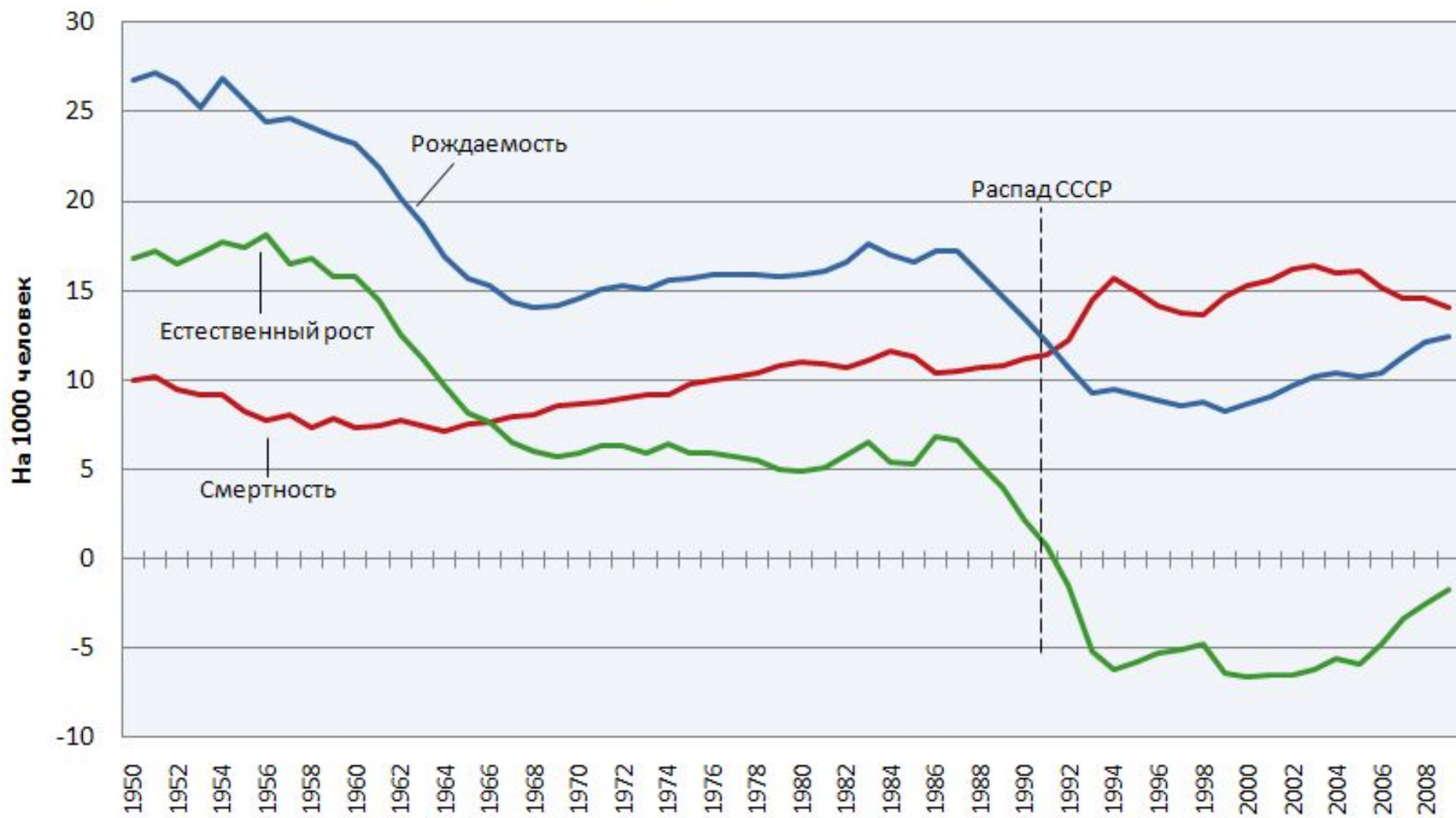
Половозрастная структура населения России 2016



Половозрастная пирамида России на 1.01.1946



Естественный рост населения России



Цвет	Прирост (уменьшение) численности в %
Увеличение численности	
	> 20%
	> 10% до 20%
	> 0 до 10%
Уменьшение численности	
	0 – до 10%
	> 10% до 20%
	> 20% до 50%
	> 50%

Худшие показатели – в Чукотском автономном округе и Магаданской области. К 1.01.2010 г. численность населения в них составила соответственно 30,2% и 41,3% от уровня начала 1990 г.

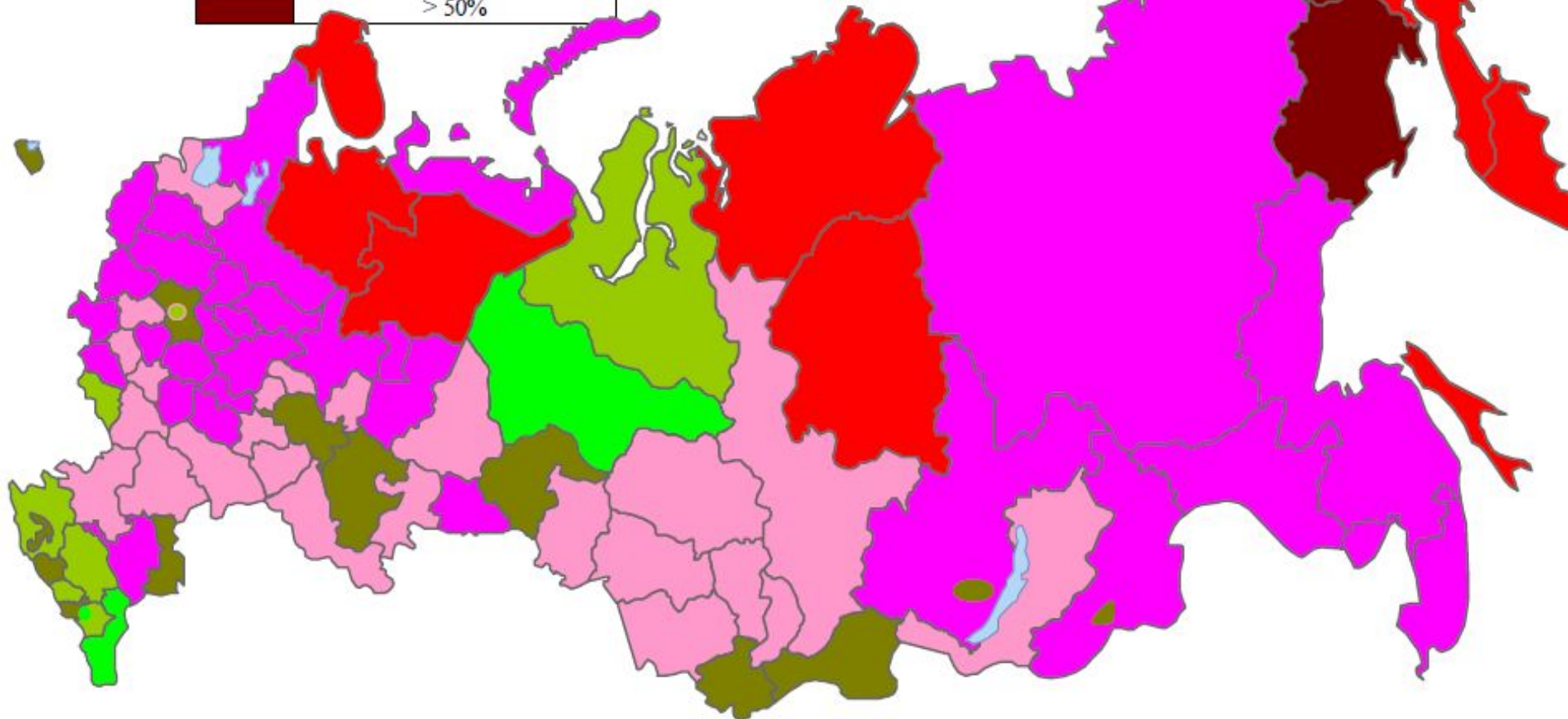


Рис 2.7. Прирост (уменьшение) численности населения в регионах РФ на 01.01.2010 г. по сравнению с численностью на 01.01.1990 г., в процентах. Источник: Росстат, Центральная база статистических данных.

Численность населения

- Москва 12108
- Санкт-Петербург 5132
- Новосибирск 1548
- Екатеринбург 1412
- Нижний Новгород 1264 (1440-1992)
- Казань 1191
- Самара 1172

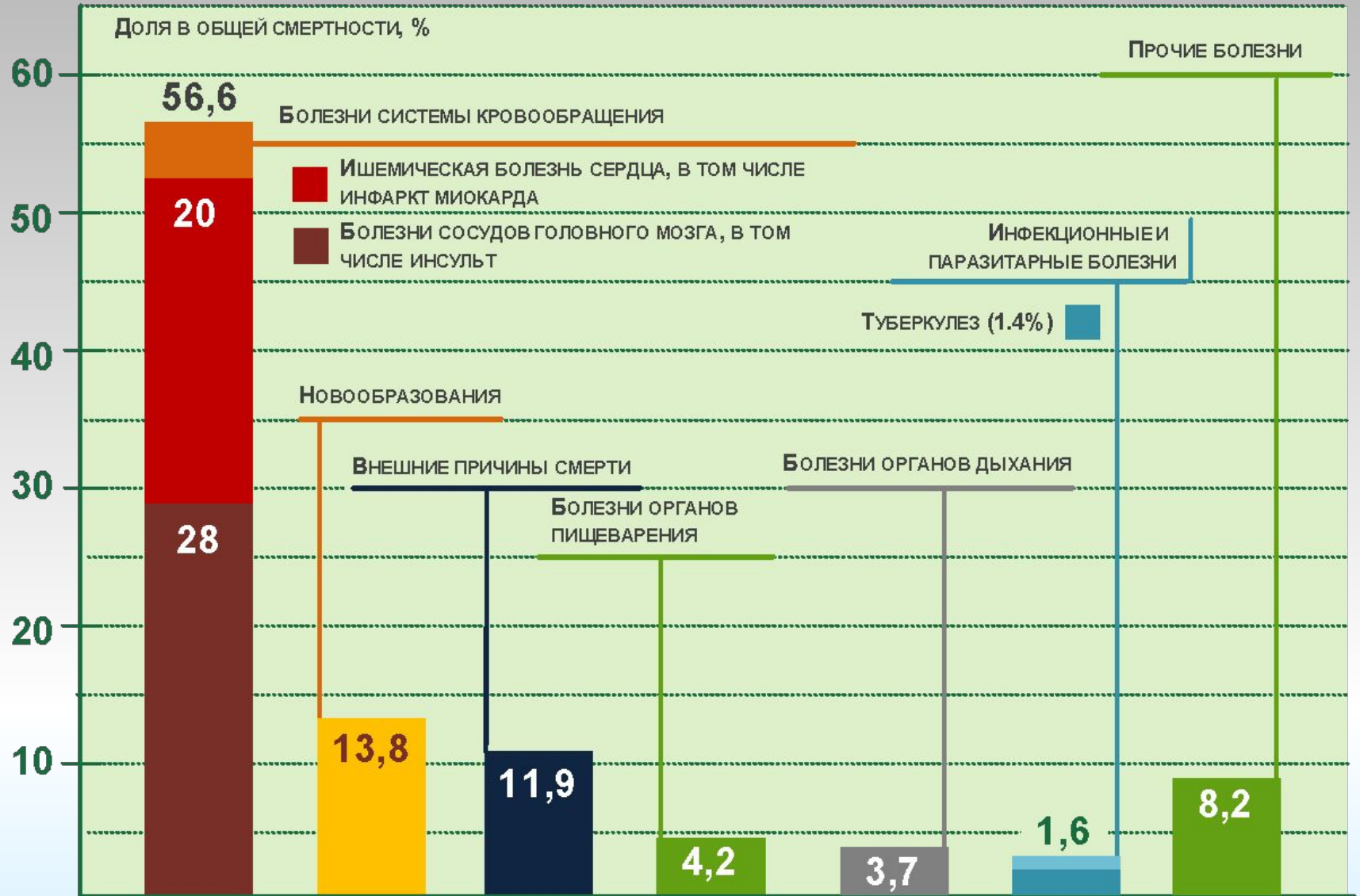


Доклад о состоянии здоровья населения Нижегородской области за 2012 год

- По состоянию на 1 января 2012 г. на территории Нижегородской области учтено 3 296,947 тыс. человек постоянного населения.
- За январь-декабрь 2012 года в области было зарегистрировано 38 881 родившихся и 52771 человек умерших. Естественная убыль составила 13890 человек.
- В области уровень смертности превышает рождаемость в 1,4 раза, в горпоселениях - в 1,3 и сельской местности – в 1,6 раза.

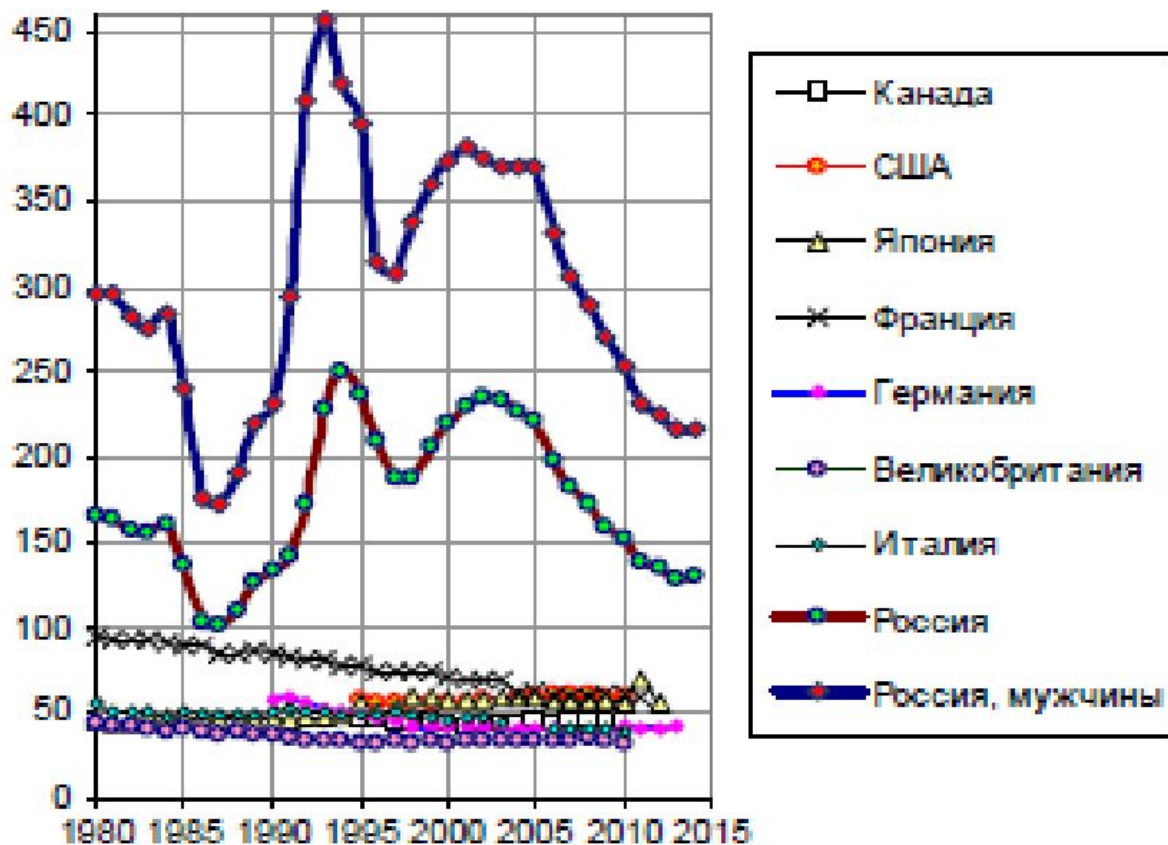


СТРУКТУРА ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ



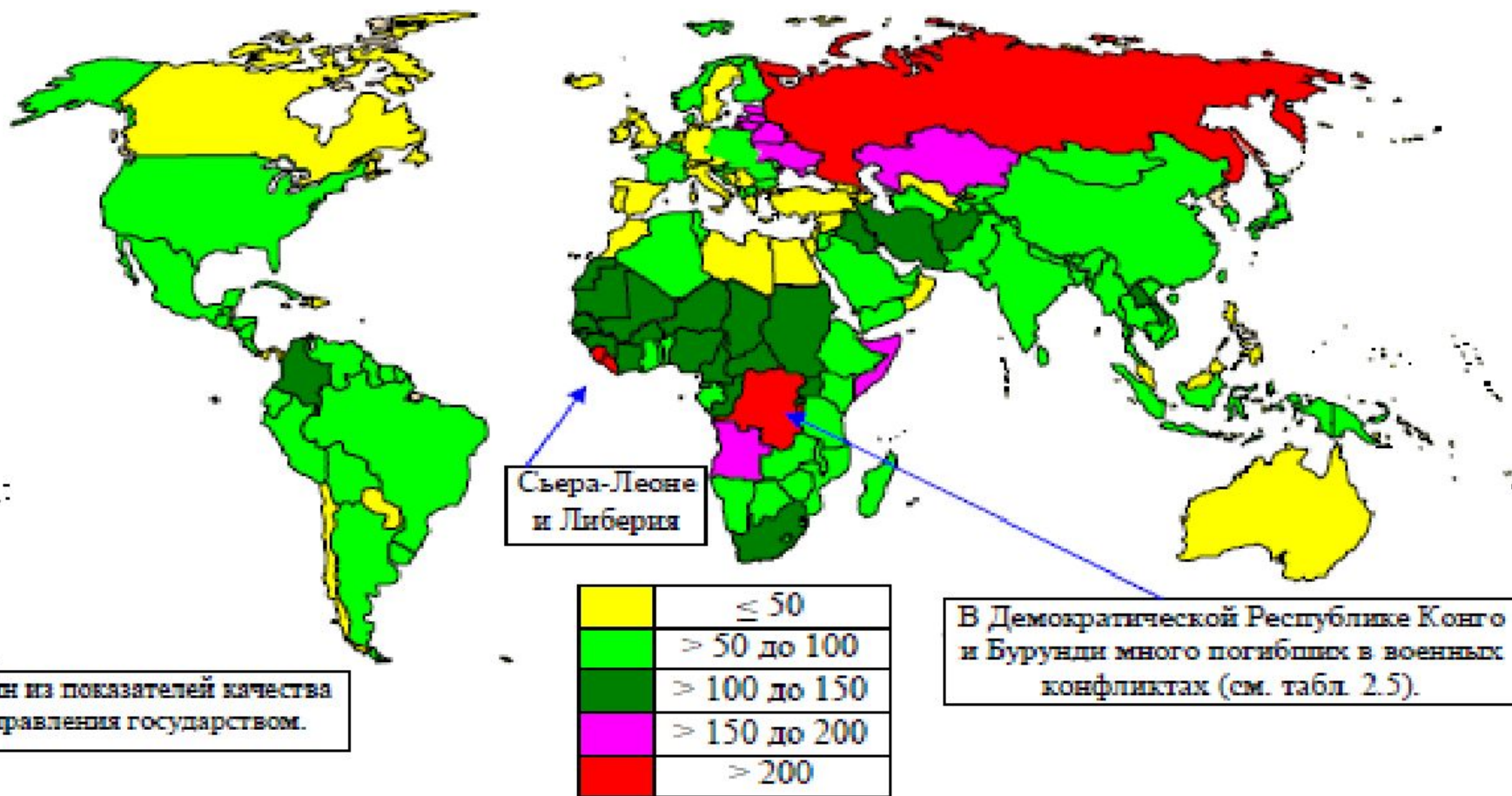
Смертность от внешних причин в России и в странах «семерки»

Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>



Смертность от внешних причин в странах мира в 2002 году

Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>



- за 2009 год смертность от внешних причин составила 17%, а среди лиц трудоспособного возраста 40%, став на 1-е место

- (Антипенков С.В., 2009, Прудков А. И., с соавт., 2010).

- К 2009 году число самоубийств снизилось до 37,6 тыс. (самый низкий показатель в новейшей истории России), а число убийств — до 21,4 тыс. (самый низкий показатель после 1990 года)



Миронов С.П., Троценко В.В., Андреева Т.М., Попова М.М.
ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт
травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова»

- Ежегодно в Российской Федерации свыше
- 13 миллионов человек получают травмы
- 2 миллиона лечатся в стационарах
- В общей структуре причин смертности травмы и несчастные случаи составляют почти 16%
- Показатели смертности от травм и отравлений, в сравнении с показателями смертности от других заболеваний, вышли на 2-е место после показателя смертности от заболеваний системы кровообращения.



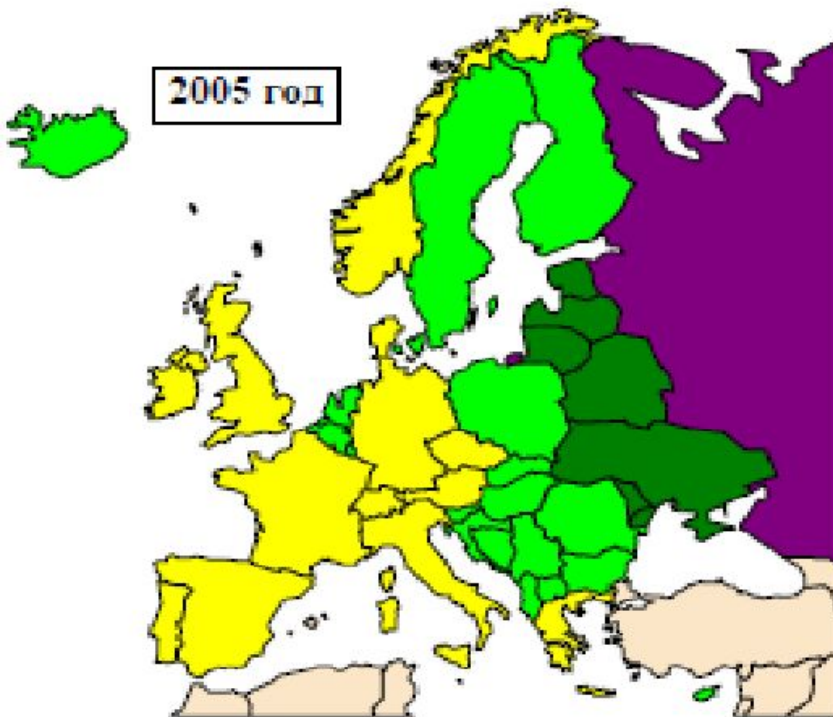
Причины смерти	РФ	Сьерра-Леоне	Бурунди	Либерия	Демократическая Республика Конго
Все внешние причины	244,5 (235,3)	215,2	213,2	210,2	205,5
<i>Непреднамеренные повреждения</i>	158,8	147,7	63,7	111,1	93,4
Транспортные происшествия	30,9 (29)	64,3	27,2	48,1	37,1
Отравления	46,5	11,3	5	7,7	11,3
Падения	11,1	5,6	2,4	4,3	3
Пожары	9,4	11,6	5,8	10,6	7,1
Утопления	12,5	15,1	10,3	11,9	14,1
Другие непреднамеренные	48,4	39,9	12,9	28,5	20,6
<i>Преднамеренные повреждения</i>	85,8	67,5	149,5	99,2	112,1
Самоубийства	41 (38,4)	10,1	6,9	6,7	4,8
Убийства	32,9 (30,7)	50,3	18	32,8	21,3
Военные конфликты (War)	11,9	7,1	124,6	59,6	86

Источник: WHO, Department of Measurement and Health Information: Burden of Disease statistics, Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States, 2004. В скобках для РФ – данные Росстата за 2002 г.

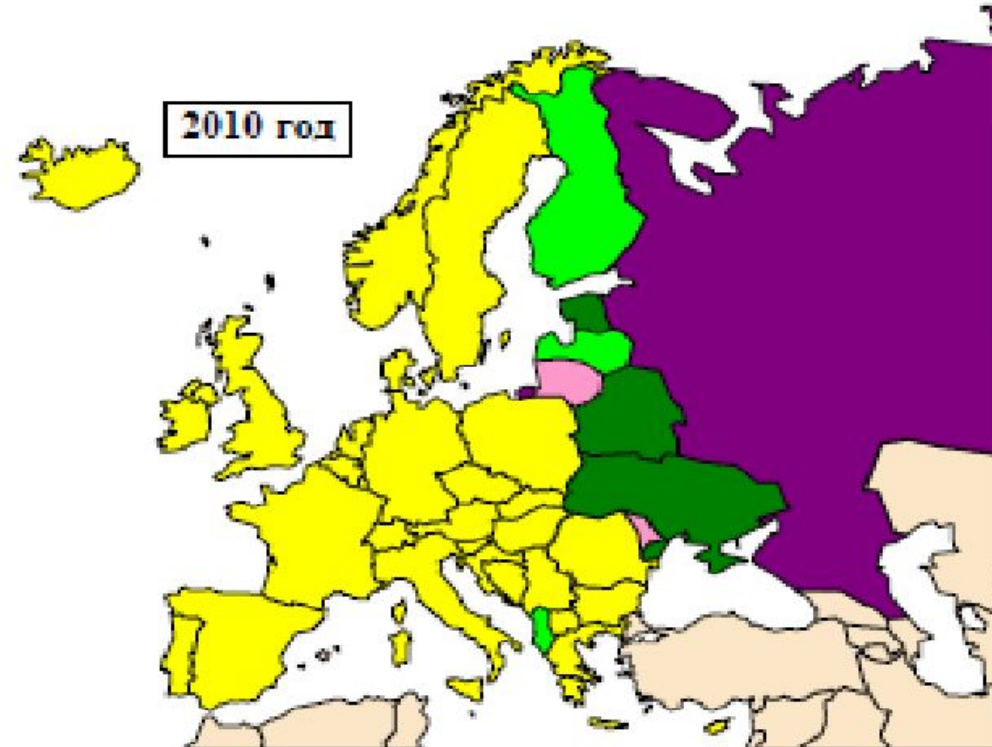


Коэффициент смертности от убийств в России и в странах Европы

Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>



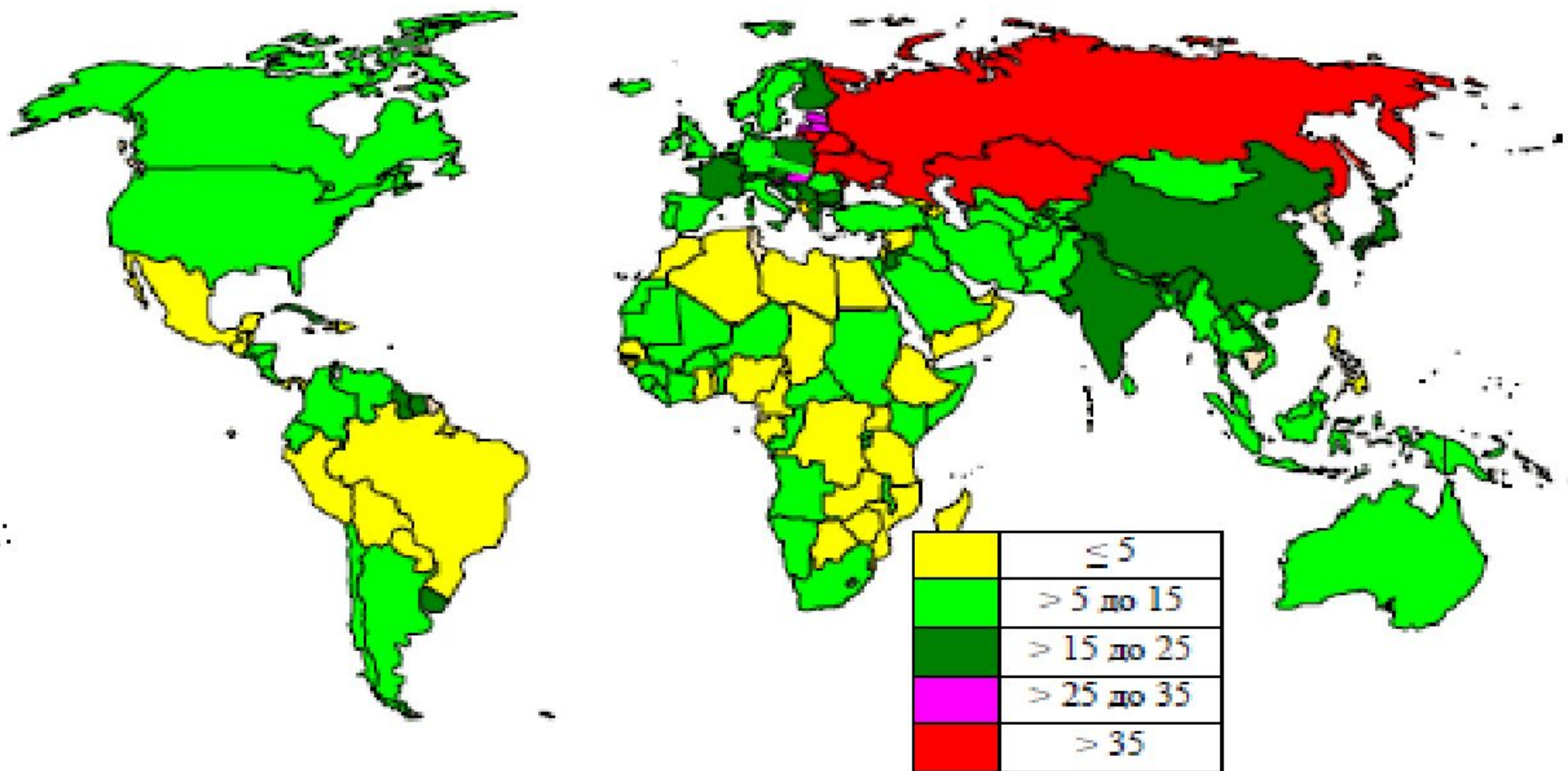
Yellow	до 1
Light Green	> 1 до 5
Dark Green	> 5 до 10
Pink	> 10 до 15
Red	> 15 до 20
Purple	> 20



Yellow	до 2
Light Green	> 2 до 4
Dark Green	> 4 до 6
Pink	> 6 до 8
Red	> 8 до 10
Purple	> 10

Смертность от самоубийств в мире

Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>



Смертность от самоубийств

Из книги «Российские реформы в цифрах и фактах», <http://refru.ru>

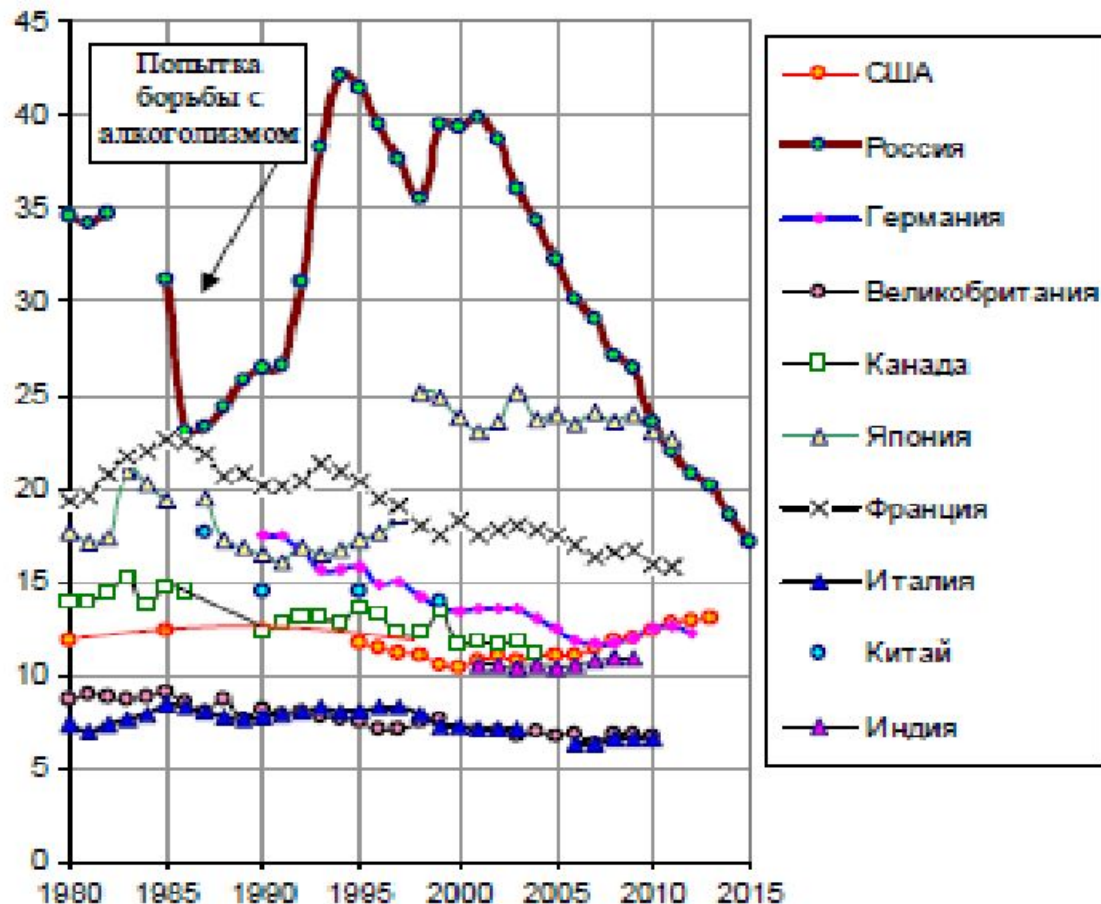


Рис. 2.37. Количество самоубийств на 100 тыс. человек населения в России, в странах «семерки» и в Китае. Источники: Росстат [1.6, 1.7]; Health, United States; National Vital Statistics Report; Death: Final Data, 2010 – 2013; Organization for Economic Cooperation and Development (OECD); Japan Statistical Yearbook; UN Demographic Yearbook; UK Office for National Statistics, Annual Abstract of Statistics; WHO; расчет по данным European mortality database (MDB), WHO/Europe; Statistical Year Book, India 2012.

За период 1992 – 2012 гг. в России покончили жизнь самоубийством 1,017 млн. человек. Для сравнения: численность населения Волгограда на 01.01.2012 г. – 1,019 млн. человек.

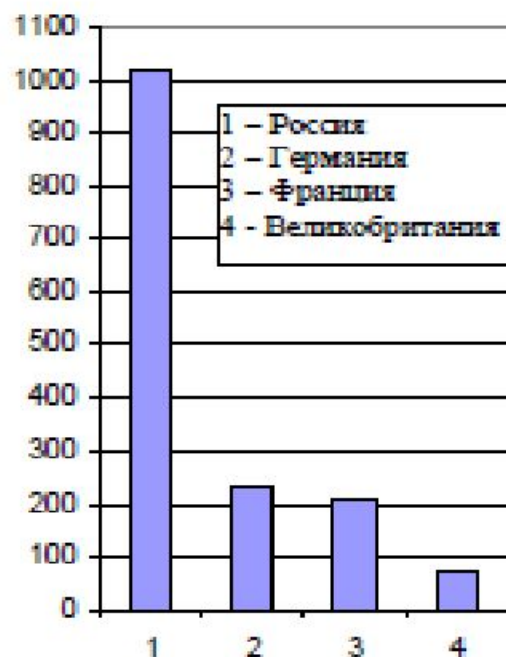
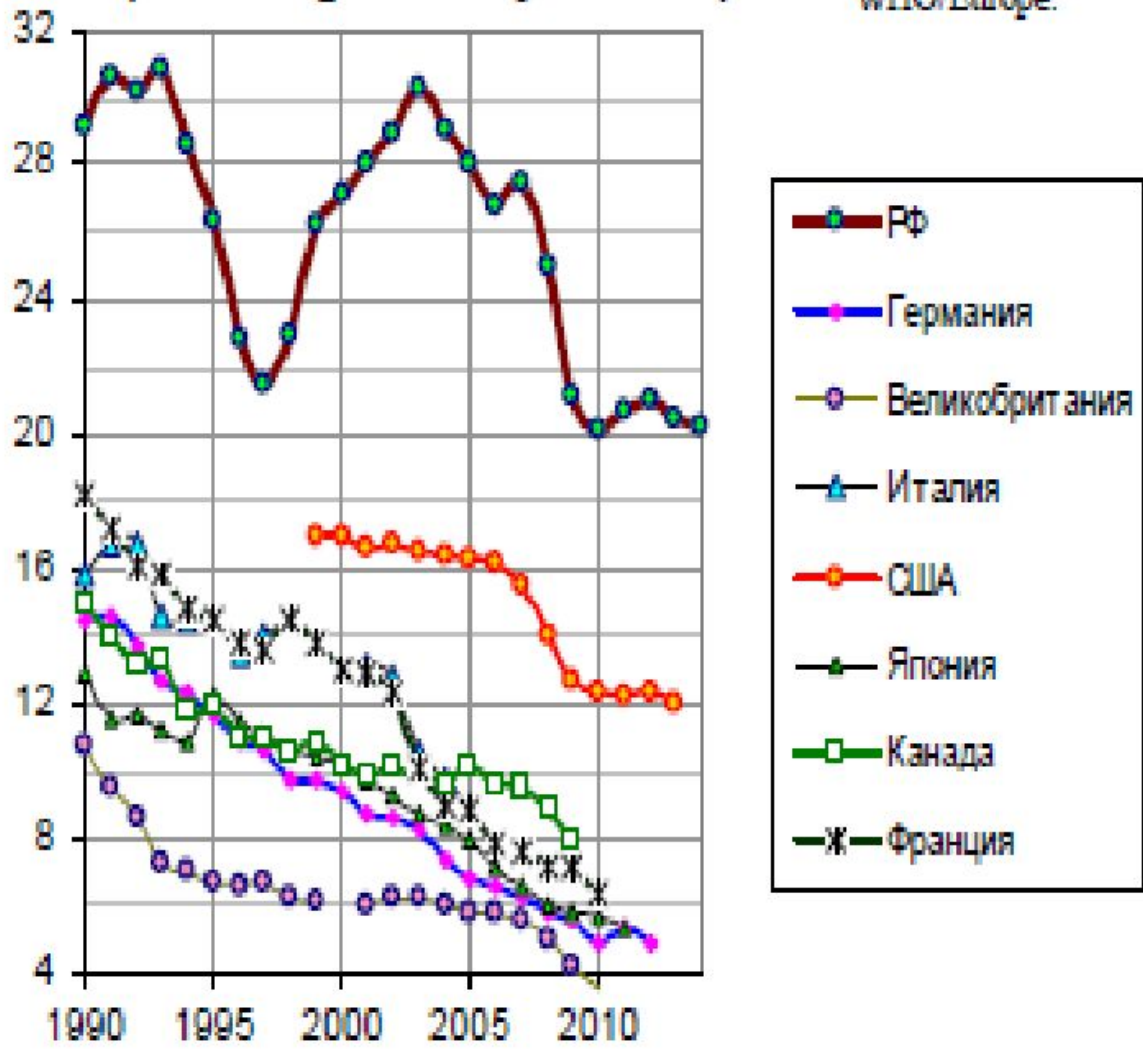


Рис. 2.38. Общее количество покончивших жизнь самоубийством за период 1992 – 2012 гг. (Россия и Германия), и 1992 – 2010 гг. (Великобритания и Франция), тысяч. Источники: [1.6]; European mortality database (MDB), WHO/Europe.

Самоубийства

- В России частота самоубийств за 10 месяцев 2008 г. составляла 27,8 случаев на 100 тыс. человек (в 2007 г. – 28,8, 2006 г. — 30,1, в 2005 г. — 32,2), что в 2,9 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (9,9), и в 1,9 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (15,5), в 2005 г.
- Особенно высока частота самоубийств среди молодёжи в возрасте 15-29 лет: из всех внешних причин по Красноярскому краю они составляют 26,3% причин, убийства 17,1%, ДТП 23%, отравления 20,7%, другие несчастные случаи – 12,9% (Семенова В. Г., Федоткина С. А., 2010).



В 2012 году в России было около 42 млн. легковых, грузовых автомобилей и автобусов. В США в 2009 г. – около 246 млн.

Рис. 2.42. Коэффициент смертности от всех видов транспортных несчастных случаев на 100 тыс. населения в РФ и в странах «семерки». Источники: U.S. Census Bureau; National Vital Statistics Report; CDC, Death: Final Data for 1999 – 2013; Japan Statistical Yearbook; UN Demographic Yearbook; [L6, L7, L24]; European mortality database (MDB), WHO/Europe; China Statistical Yearbook; OECD.stat.

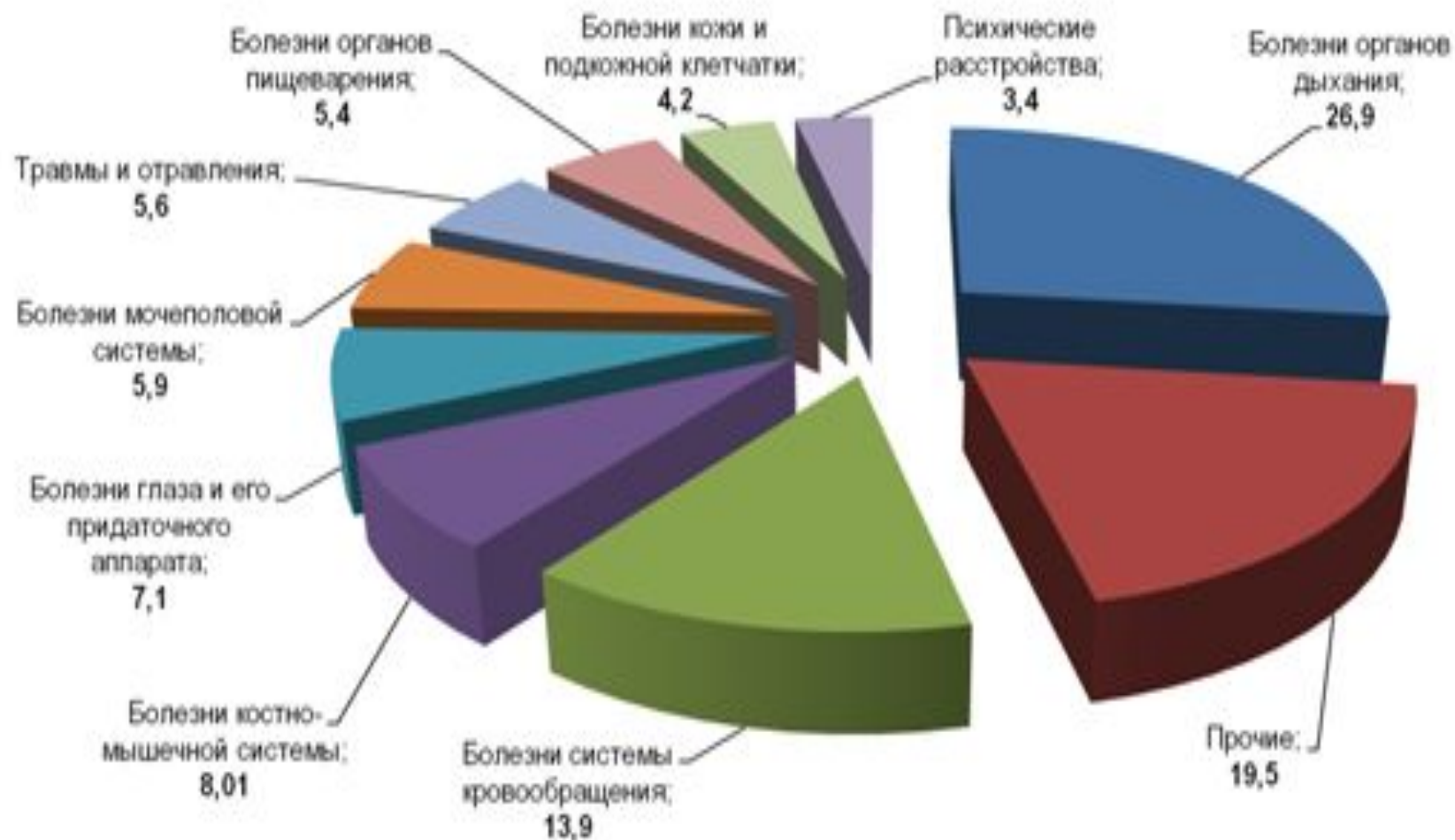
- По данным ВОЗ ежегодно в мире от ДТП гибнет почти 1,2 млн. человек, а механические повреждения получают до 50 млн.
- В странах Европы вследствие ДТП ежегодно погибает 120 тыс., а получают травмы 2,5 млн. человек.
- В США в 2003 г. от травм погибло около 165 тыс. человек, это примерно 400 человек в день, причем 50 из них — дети и подростки
- В России в результате ДТП только в 2004 г. погибло почти 35 тыс., ранено около 250 тыс. человек. Это почти в 1,5 раза больше, чем за 25 лет локальных военных конфликтов (Афганистан, Чечня, Северный Кавказ)
- 2012 – 28 000
- Число погибших в результате ДТП в 2012 году в Нижегородской области увеличилось на 17 человек по сравнению с 2011 годом
- Тяжесть последствий ДТП в Нижегородской области увеличилась по сравнению с предыдущим годом с 8,5 до 9,7 погибших на 100 пострадавших
- Экономический ущерб от ДТП оценивается примерно в 1 % валового национального продукта в странах с низким уровнем дохода, в 1,5 % — в странах со средним доходом и в 2 % — с высоким уровнем дохода.
- Лечение больных с травмами организовано в нашей стране недостаточно эффективно. Так, в России на 100 пострадавших в ДТП погибает 14-15 человек, тогда как в Европе - 3-4, в США — 1,3-1,4 человека

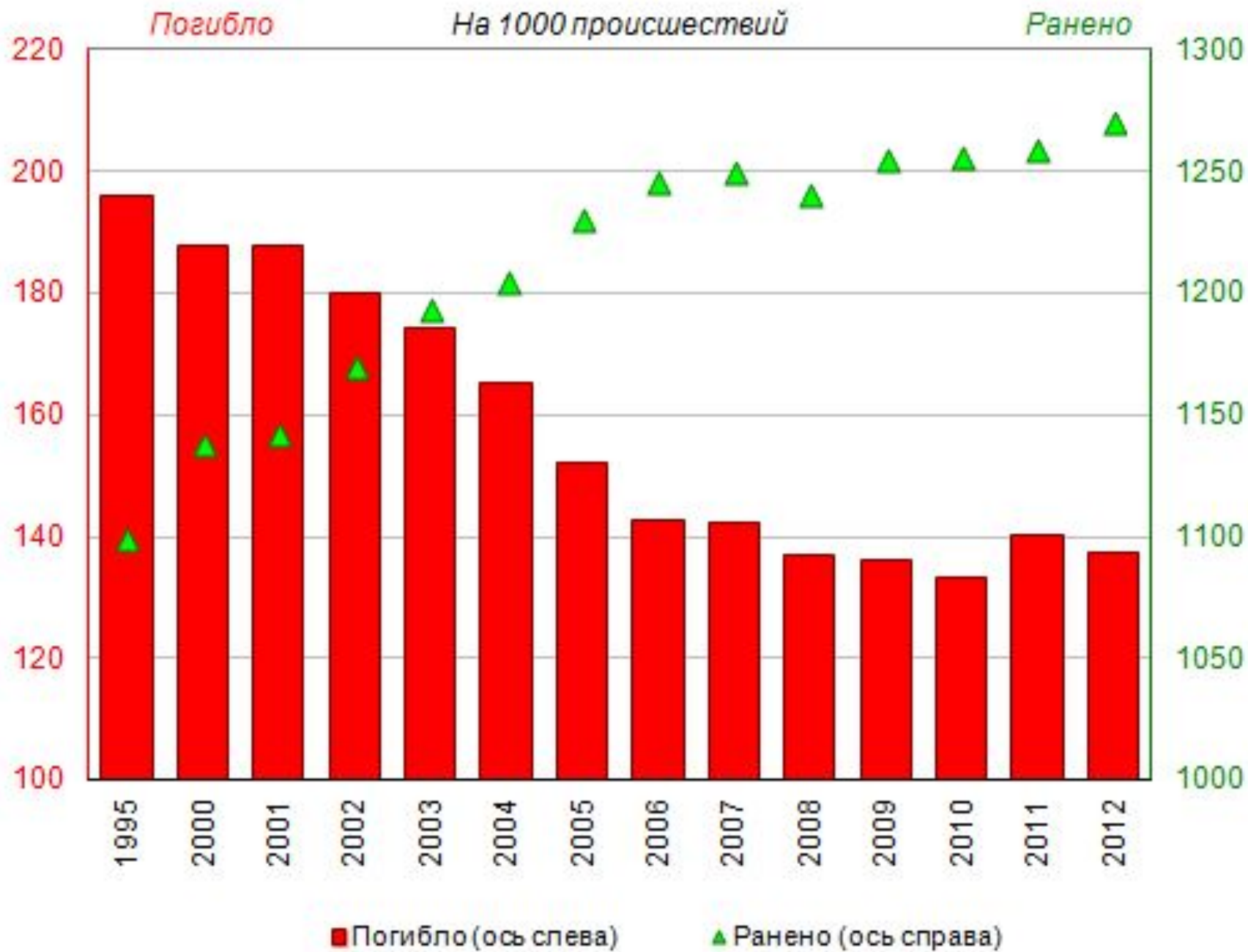
- «Мониторинг сочетанной механической травмы»
 - Автореф. Канд дис. Новожилов А.В., 2010



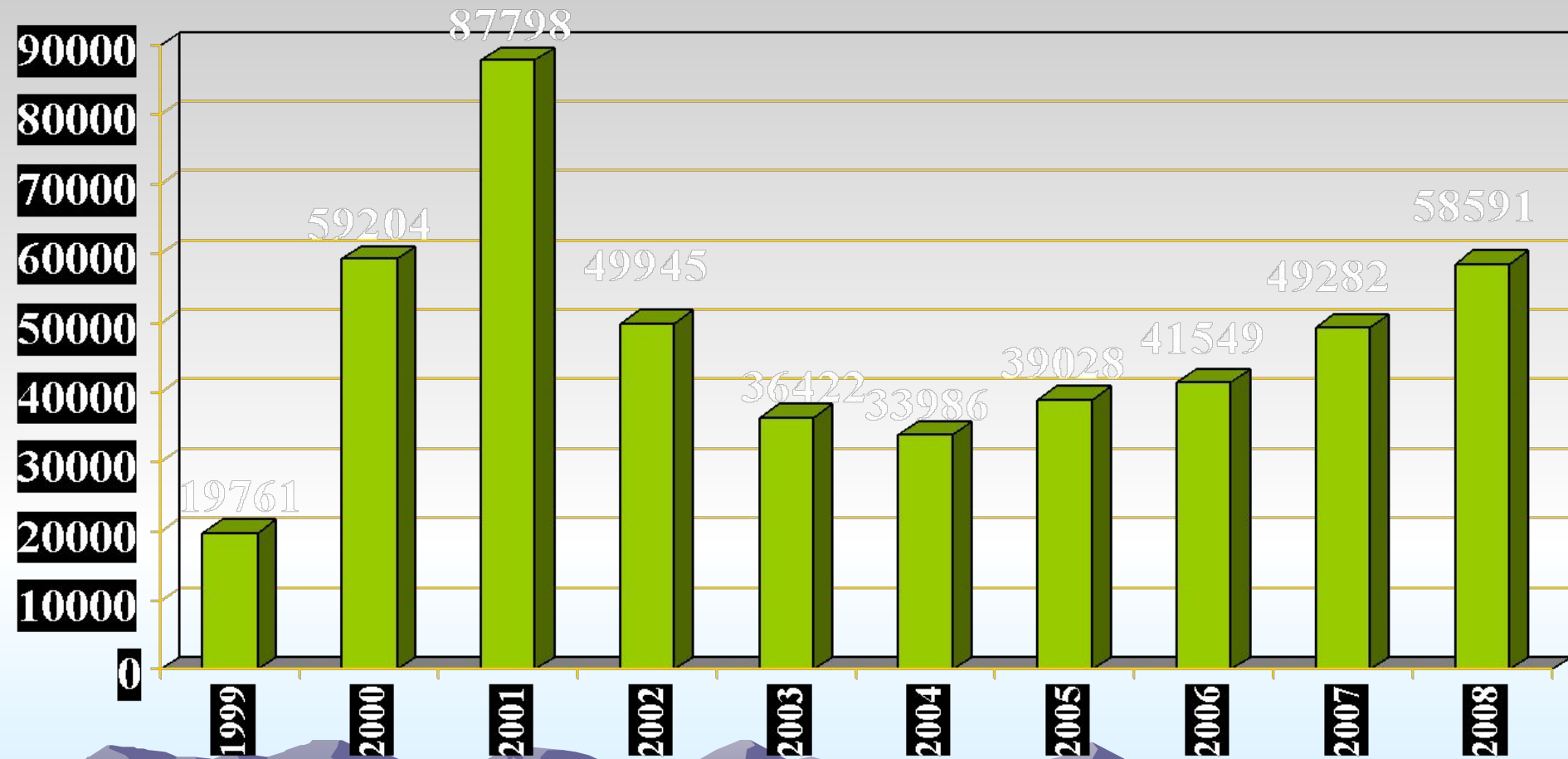


Структура общей заболеваемости в 2012 году

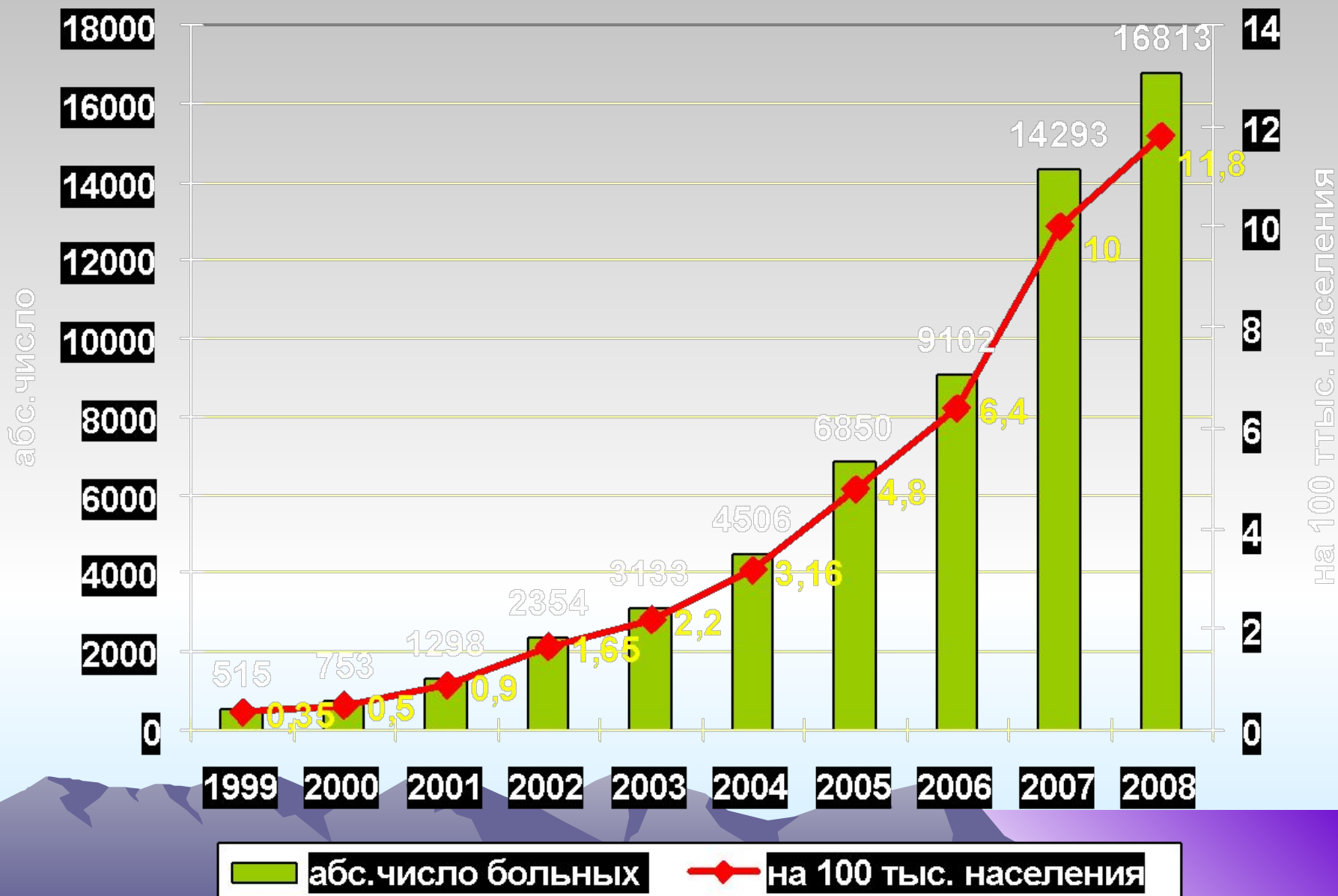




ЧИСЛО НОВЫХ СЛУЧАЕВ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РОССИИ ПО ГОДАМ, С 1999 ПО 2008 (данные Росстата)



Число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации по годам (1999-2008 гг.)



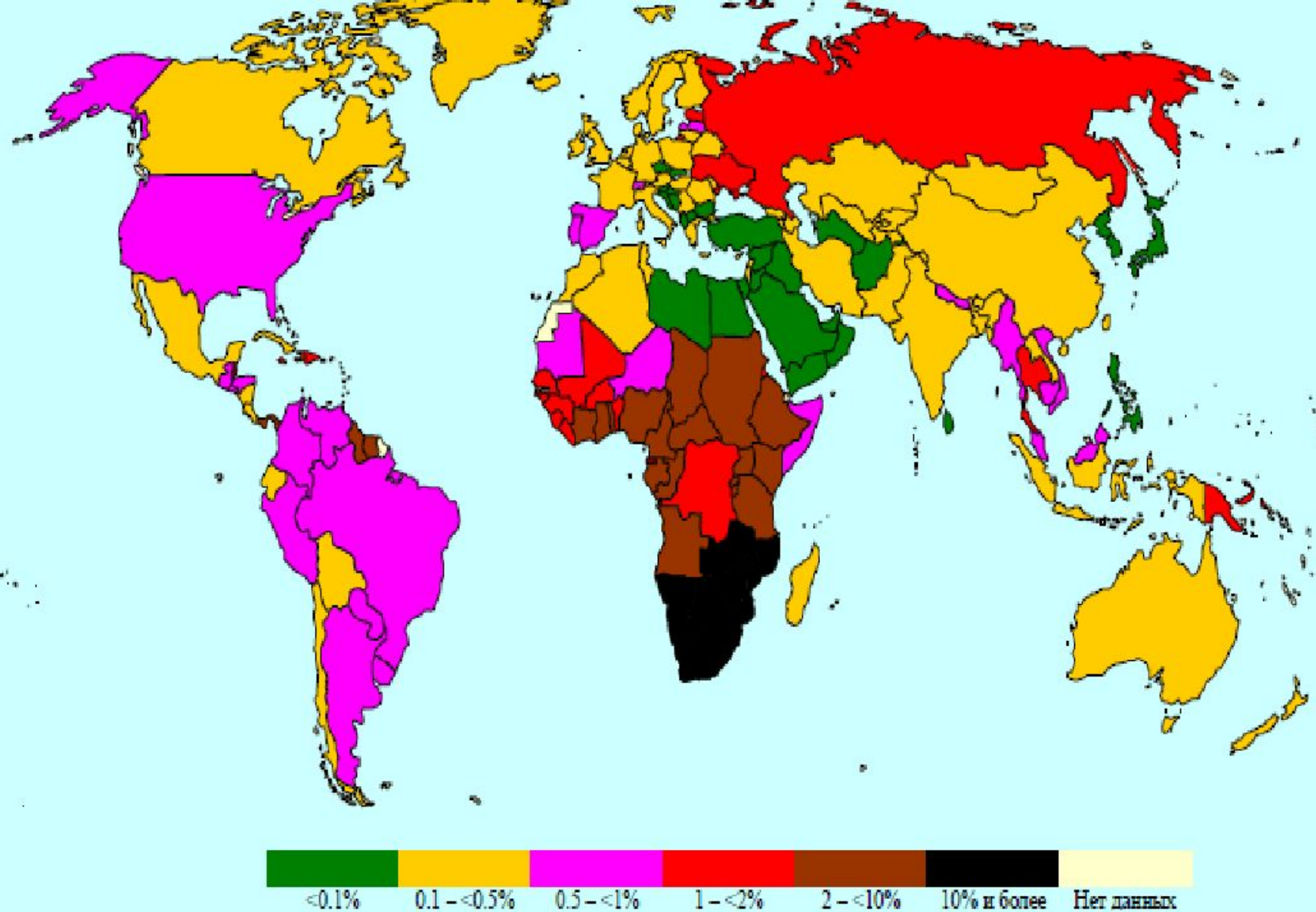


Рис. 3.27. Оценка ВОЗ распространенности ВИЧ среди взрослого населения (15 – 49 лет) в 2007 году.
 Источники: построено по данным WHO, HIV and AIDS Estimates and Data, 2007 and 2001; CIA-The World Factbook.

Структура расходов при осложнениях

- прямые расходы (пребывание в стационаре, стоимость операции, обследование и лечение)
- непрямые расходы (связанные со смертями прямые расходы и недополучение продукции)
- психосоциальные расходы (потеря способности к самообслуживанию, боль, потеря трудоспособности) (Rice et al., 1967;

Hodgson et al., 1983).



МЗСР России

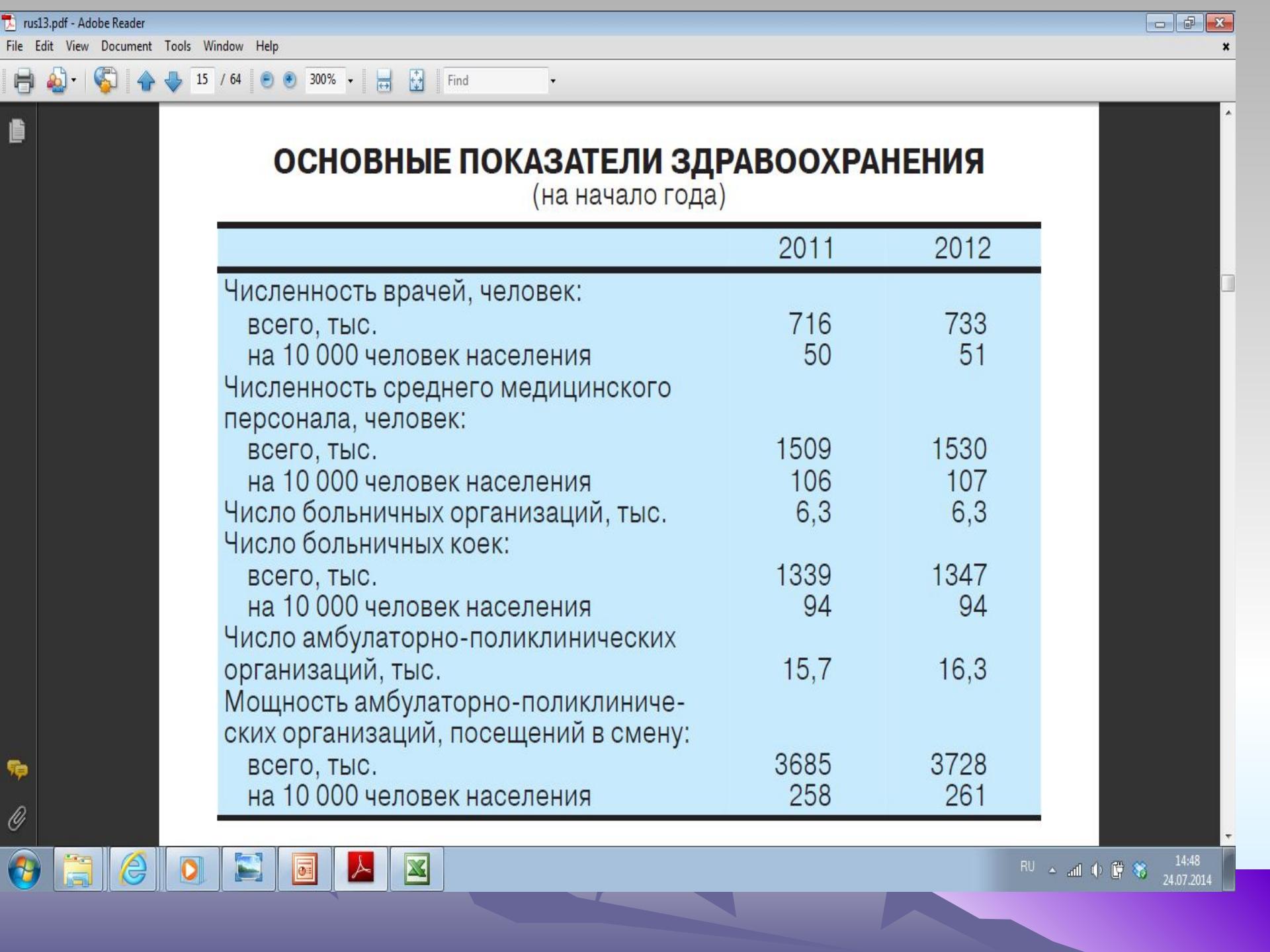
ПРИКАЗ

от 31 марта 2010 г. N 201н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ТРАВМАХ И

ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

- ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ТРАВМАХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАБИНЕТА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ «ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР»
- РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ
- СТАНДАРТ ОСНАЩЕНИЯ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА) НЕОТЛОЖНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
- ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ
- И ОРТОПЕДИИ (МНОЖЕСТВЕННОЙ И СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ)



ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на начало года)

	2011	2012
Численность врачей, человек:		
всего, тыс.	716	733
на 10 000 человек населения	50	51
Численность среднего медицинского персонала, человек:		
всего, тыс.	1509	1530
на 10 000 человек населения	106	107
Число больничных организаций, тыс.	6,3	6,3
Число больничных коек:		
всего, тыс.	1339	1347
на 10 000 человек населения	94	94
Число амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	15,7	16,3
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену:		
всего, тыс.	3685	3728
на 10 000 человек населения	258	261

- На специализированных койках лечится 52,6% пострадавших.
- Число специализированных коек в 2006 году уменьшилось на 2,7%
- Летальность на специализированных койках 1,2%, во всех ЛПУ 2,8%
- Лишь 5,5% специализированных коек в сельской местности.

- Миронов С.П. с соавт., 2007



О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ПРИКАЗ МЗ РФ 20 апреля 1999 г. N 140

- Уровень травматизма и болезней костно-мышечной системы составляет соответственно 8623,9 и 8721,4 на 100 тысяч населения.
- В структуре причин смертности населения травмы занимают третье место, а среди лиц трудоспособного возраста - первое.



Остеоартроз – неизбежная плата за жизнь до старости?

- **10% населения страдает остеоартрозом**
- **80% населения > 75 лет имеет клинические СИМПТОМЫ**
- **90% населения > 65 лет имеют R-симптомы**
- **Около 100% - после 80 лет**



Средний возраст по медиане делит население страны на две равные части. Одна – моложе этого возраста, другая – старше.

Монако	45,7
Япония	44,2
Германия	43,8
Италия	43,3

Уганда	15
Нигер	15,2
Мали	15,8

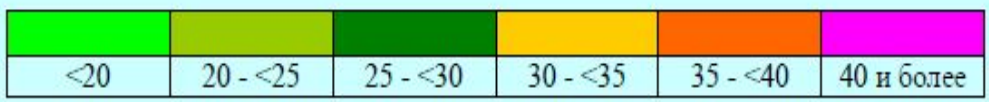
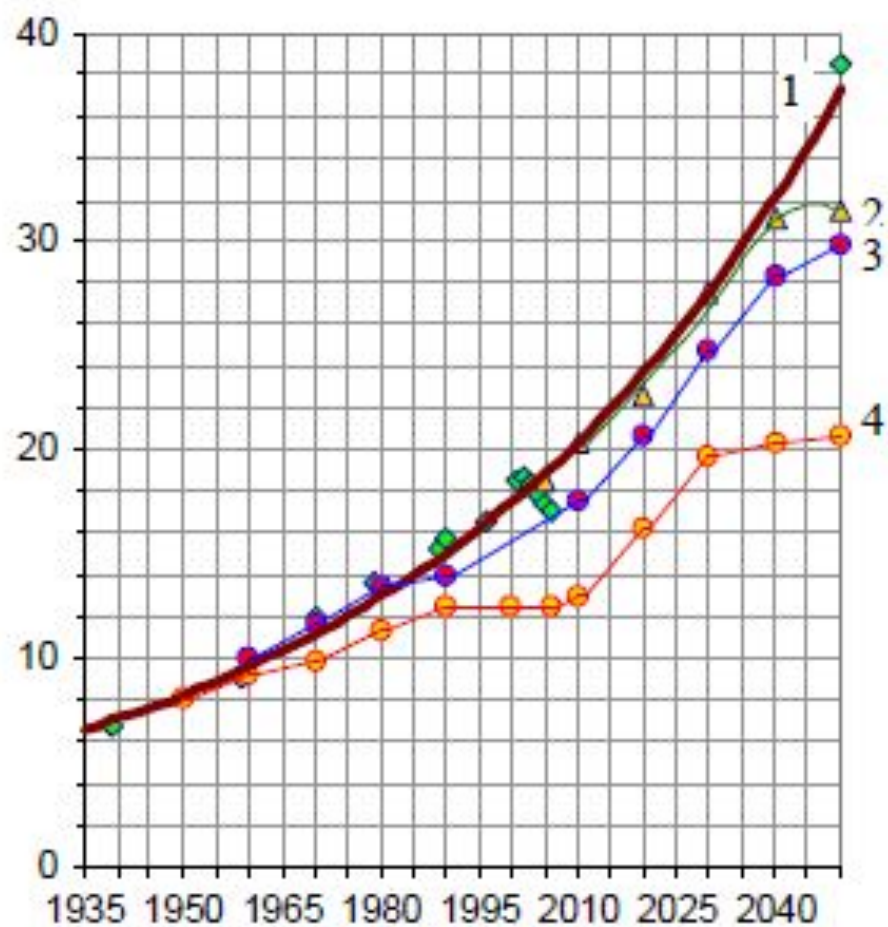


Рис. 2.70. Оценка среднего возраста населения государств по медиане для 2009 г., лет. Источник: CIA – The World Factbook, 2009.

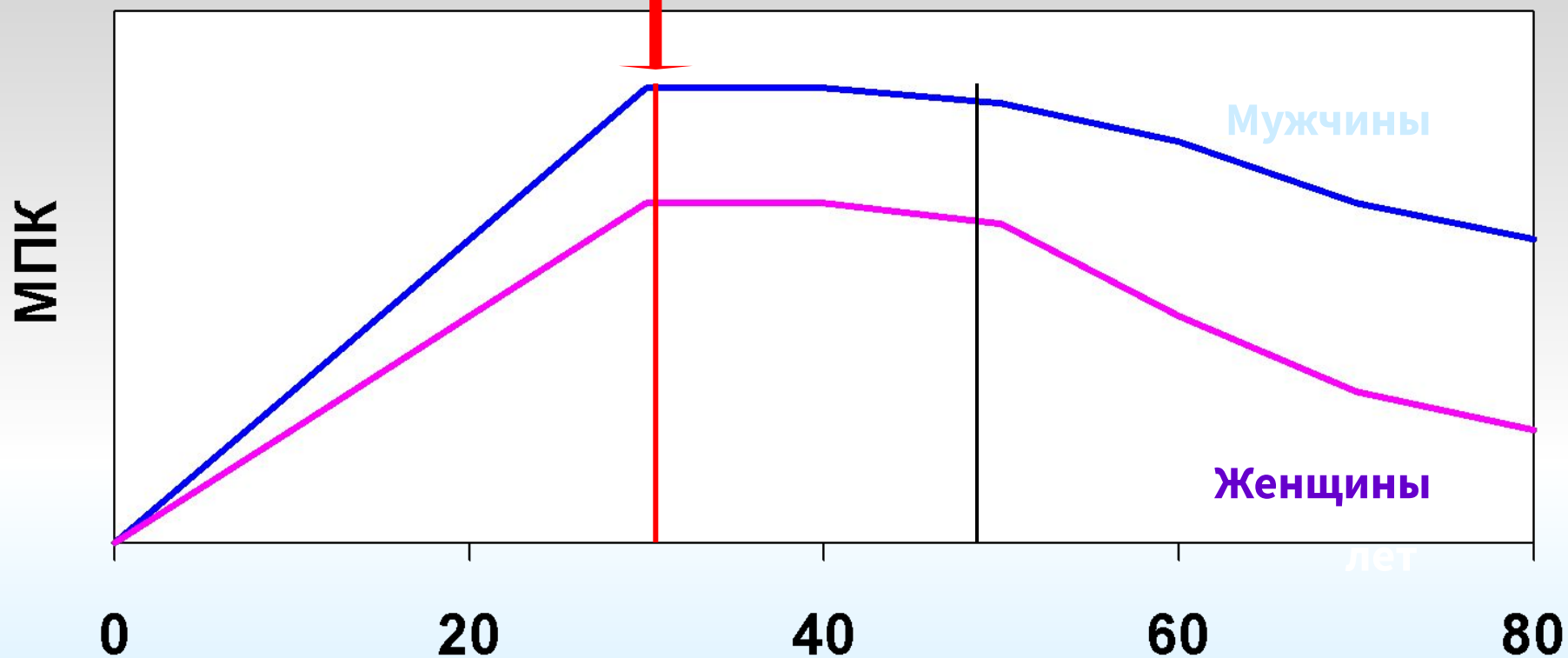


Прогноз для 2050 г. известных российских демографов А.И. Антонова, В.И. Медкова, В.Н. Архангельского (2002 г.).

Рис. 2.72. Доля населения (%) в возрасте 60 лет и старше в России (1). Доля населения (%) в возрасте 65 лет и старше в Германии (линия 2), в 25 странах Евросоюза, EU-25, (3) и в США (4).
 Источники: Росстат (Госкомстат); Eurostat yearbook, 2006 ÷ 2007; Health, United States, 2008.

Изменения минеральной плотности кости (МПК) в зависимости от возраста и пола

Пиковая костная масса



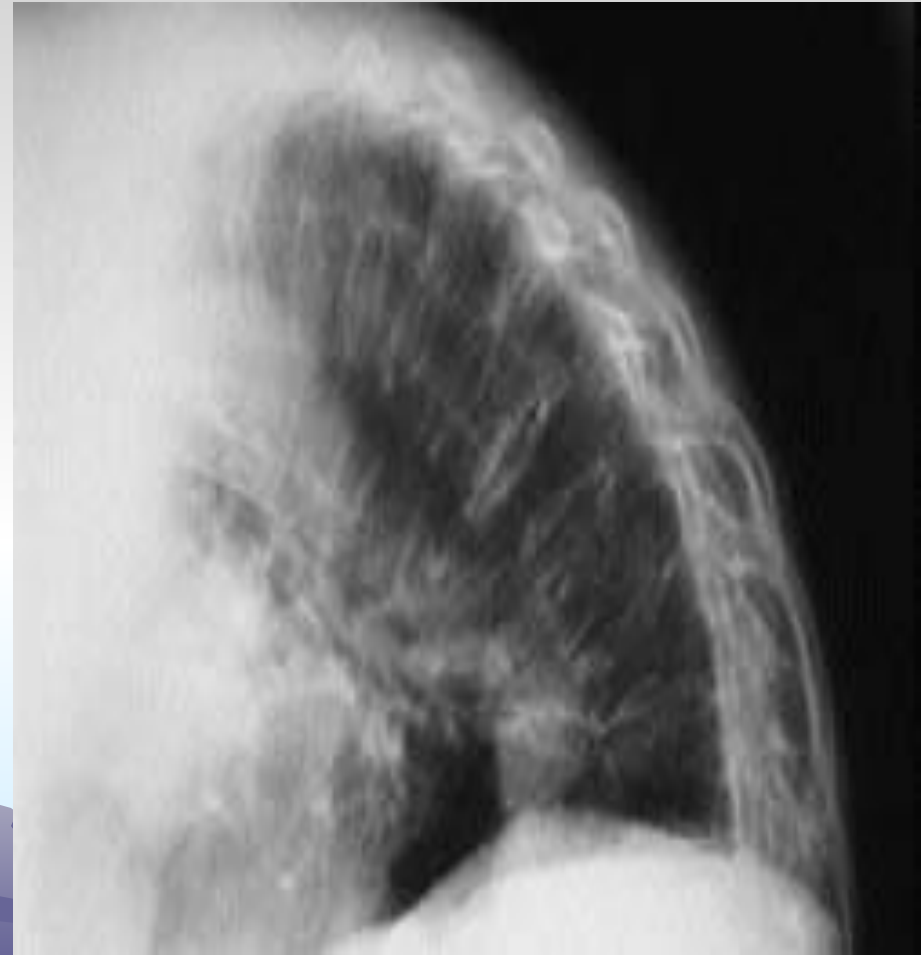
Остеопороз, как причина инвалидности и смертности больных от переломов костей, занимает четвертое место среди неинфекционных заболеваний (данные ВОЗ)



Снижение роста (остеопороз следует подозревать, если рост снизился более чем на 2,5 см за год или на 4 см за жизнь)

Увеличение грудного кифоза

Уменьшение объема брюшной полости



Первичная профилактика

направлена на создание и поддержку прочности скелета, особенно в период интенсивного роста и формирования пика костной массы, во время беременности, кормления грудью, в период пременопаузы, менопаузы, постменопаузы, при возникновении экстремальных ситуаций, например, длительной иммобилизации.

К мерам первичной профилактики относятся:

- полноценное питание,
- достаточное пребывание на солнце,
- адекватная физическая активность,
- максимальное снижение воздействия факторов риска.

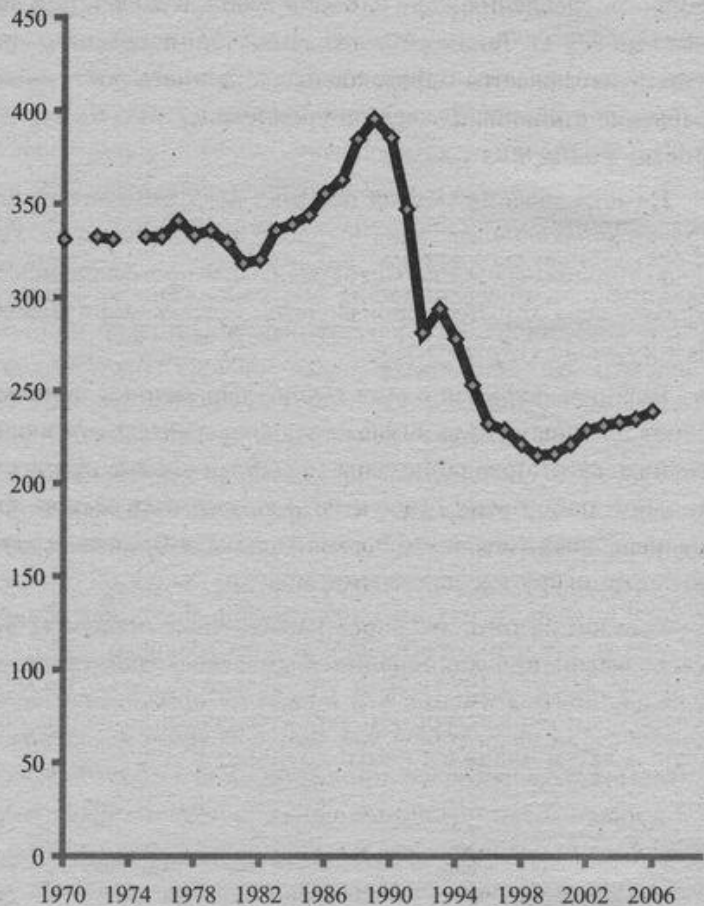


Рис. 2-1. Потребление молока и молочных продуктов в РСФСР и РФ (в пересчете на молоко) на душу населения в год, кг

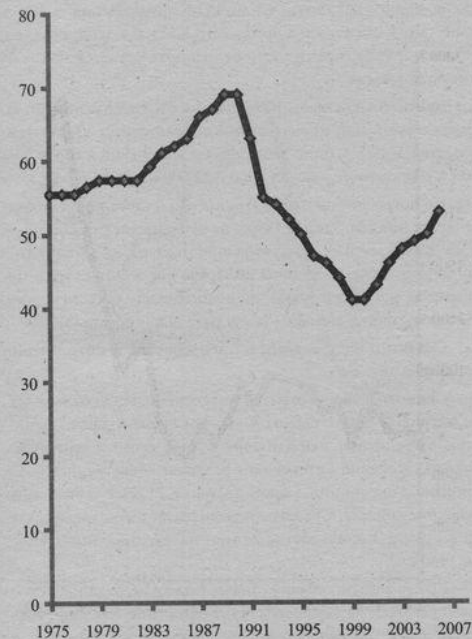


Рис. 2-7. Потребление мяса и мясных продуктов в РСФСР и РФ (в пересчете на мясо, без субпродуктов II категории и жира-сырца) на душу населения в год, кг

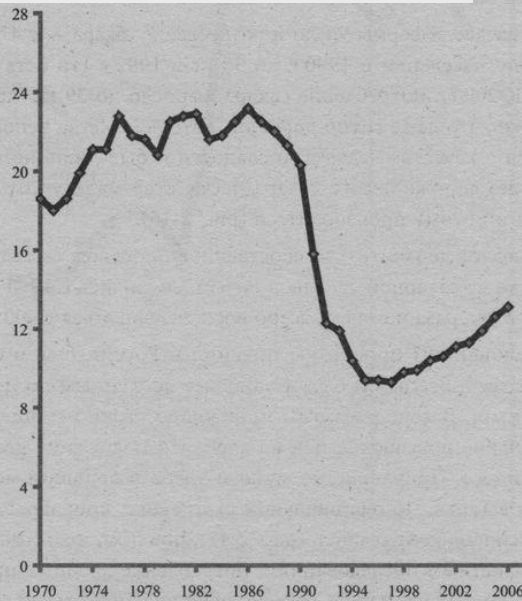


Рис. 2-14. Потребление рыбы и рыбопродуктов на душу населения в РСФСР и РФ в год, кг

Вторичная профилактика

направлена на снижение скорости или предотвращение потери костной массы при развившемся патологическом состоянии (остеопения, остеопороз), нормализацию процесса костного ремоделирования, предотвращение падений и предупреждение переломов, а также на восстановление двигательной активности и улучшение качества жизни



Актуальность проблемы переломов шейки бедра при остеопорозе

- 4,7-5,2% среди всех повреждений опорно-двигательной системы
(Кубиткин А.С., 2006)
- 162,2 на 100 000 человек за 1 год
(Пальшин Г. А., 2004)
- 250,000 переломов происходят в год в США
(Praemer A., 1996)
- 15,8% от всех освидетельствованных больных на МСЭК
(Ерастова Л.Ю., 2006)
- 20-25% больных с переломами шейки бедра умирают в течение 6 мес. после перелома, а из оставшихся в живых 50-75% становятся инвалидами
(Миронов С.П., 2000)

СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ЭКСТРЕННАЯ ПОМОЩЬ, ПАТРОНАЖНО-РЕАБИЛИТАЦИИ СЛУЖБА

СТАЦИОНАРНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ

ТАРИФЫ, ОСНОВАННЫМ НА СТАНДАРТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НАПРАВЛЕНИЕ НА
ДОЛЕЧИВАНИЕ И
РЕАБИЛИТАЦИЮ

ЭКСТРЕННЫЙ ПРИЕМ И
ДИАГНОСТИКА

СМП И
ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА

ОПЛАТА ЗА ВЫЗОВ

ПРОФИЛАКТИКА И
ПЕРВИЧНАЯ ПОМОЩЬ

ПАТРОНАЖНАЯ СЛУЖБА

МНОГОКОМПОНЕНТНЫЕ ТАРИФЫ, ПОДУШЕВОЙ ПРИНЦИП

ОТДЕЛЕНИЕ ДОЛЕЧИВАНИЯ

ДНЕВНОЙ
СТАЦИОНАР

СТАЦИОНАР

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ СЛУЖБА

ХОСПИС

ОПЛАТА ЗА КОЙКО-ДНИ, ОСНОВАННАЯ НА
СТАНДАРТАХ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ТЕКУЩЕГО И СТРАТЕГИЧЕСКОГО ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСУРСОВ, УВЕЛИЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ И ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основные этапы реализации

2008

2009

2010

2011

2012-2020

1. Формирование технического задания на разработку информационной системы.
2. Разработка информационной системы.
3. Закупка оборудования.
4. Запуск пилотных проектов в нескольких регионах, предусматривающий:

- создание защищённой сети передачи данных и подключение к ней в СХД ЛПУ, аптечных учреждений и СМО;
- создание медицинского информационного и образовательного портала, размещение на нём ресурсов и базовых сервисов, предоставление защищённого доступа для ЛПУ;
- разработку минимального набора требований, спецификаций и технических условий на хранение и передачу информации;
- базовую автоматизацию первичного звена;
- организацию защищённого обмена персонализированными учётными данными об оказанных медицинских услугах и лекарственном обеспечении в системе ОМС.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПЕРЕХОДА К КОМПЛЕКСНОЙ ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК ОТРАСЛИ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩЕЙ:

- разработку общих информационных сервисов для нужд государственного управления здравоохранением (сервисы для подготовки медицинской статистики на базе деперсонифицированных учётных данных, а также данных и историй болезни);
- сервисы тарификации медицинских услуг, в т.ч. на основе оказания медицинской помощи;
- сервисы предварительного анализа и отбора данных для углублённой медико-экономической экспертизы;
- сервисы моделирования и планирования госгарантий; создание единой национальной системы электронных историй болезни;
- включение информации о ДМС в информационную систему;
- создание региональных информационно-аналитических центров.

СОЗДАТЬ ЕДИНЫЙ РЕГИСТР ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН по ОМС;

ИСКЛЮЧИТЬ ДВОЙНОЕ СТРАХОВАНИЕ И ДВОЙНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ;

ПРОСЛЕДИТЬ ЗА ФИНАНСОВЫМИ ПОТОКАМИ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КАК НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА РФ, ТАК И ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛАМИ;

УПОРЯДОЧИТЬ ВЗАИМОРАСЧЕТЫ МЕЖДУ СУБЪЕКТАМИ РФ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ ГРАЖДАНАМ НА ТЕРРИТОРИИ СТРАХОВАНИЯ И ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛАМИ;

ОПРЕДЕЛИТЬ ПОТОКИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ГРАЖДАН В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ;

ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ УЧЕТ ЗА НАЗНАЧЕНИЕМ И ПОЛУЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПО ПРОГРАММЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СТРАХОВАНИЯ;

ОПРЕДЕЛЯТЬ ПОТРЕБНОСТЬ В ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНТИНГЕНТА И ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НА ТЕРРИТОРИЯХ;

ОПРЕДЕЛЯТЬ ЗАТРАТЫ ПО ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОНТИНГЕНТАМ НАСЕЛЕНИЯ;

РАЦИОНАЛЬНО И ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ КАК СИСТЕМЫ ОМС, ТАК И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЦЕЛОМ.



СИСТЕМА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО УЧЕТА ГРАЖДАН РФ





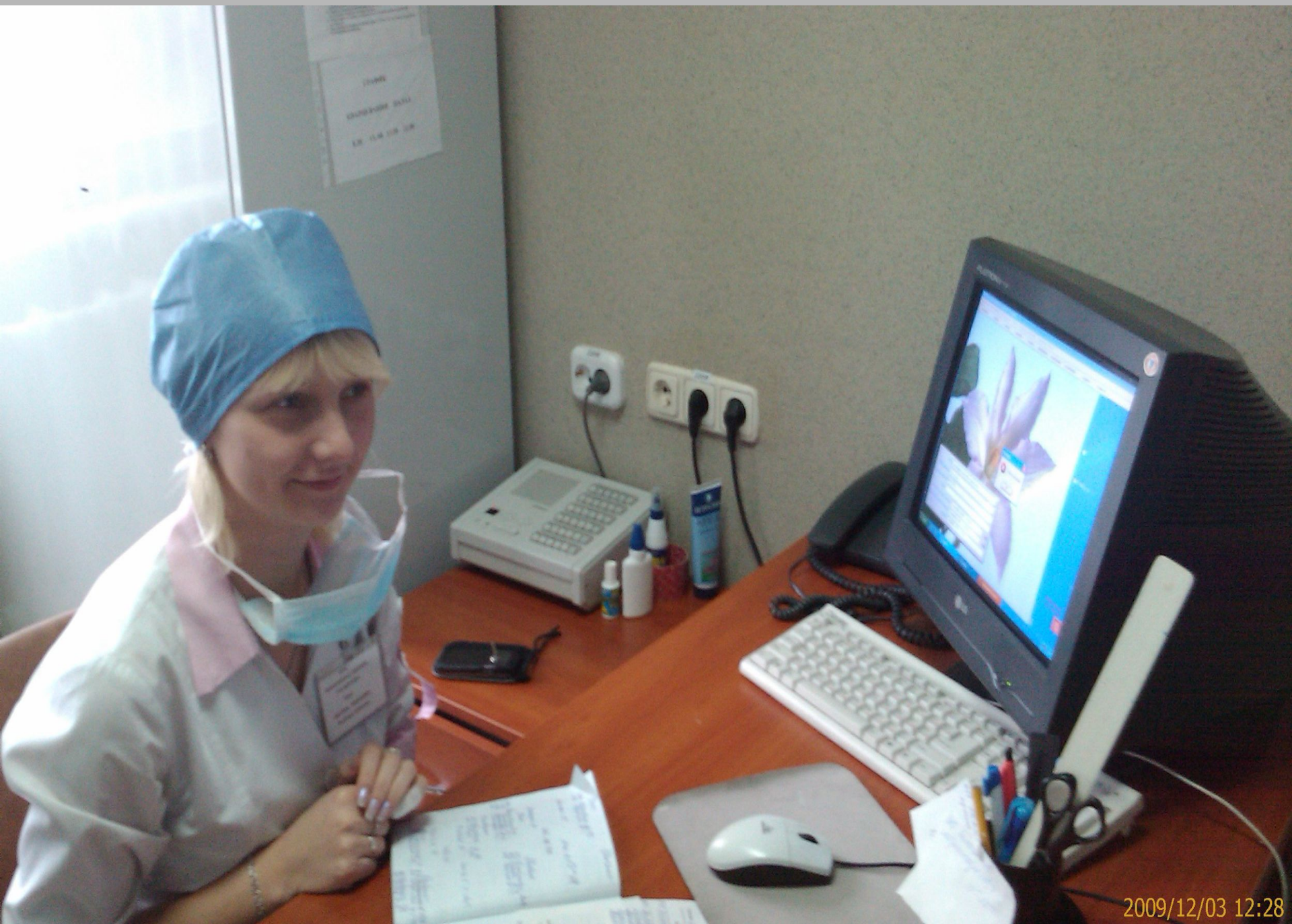
KARDEX Pharmatriever

R1

INSTRUKTIONEN FÜR DEN BENUTZER
VORBEREITUNG DER MEDIKATION
IN FOLGENDEN SCHRITTEN
1. Öffnen Sie die Schublade.
2. Nehmen Sie die Packung heraus.
3. Nehmen Sie die Packung heraus.
4. Nehmen Sie die Packung heraus.
5. Nehmen Sie die Packung heraus.
6. Nehmen Sie die Packung heraus.
7. Nehmen Sie die Packung heraus.
8. Nehmen Sie die Packung heraus.
9. Nehmen Sie die Packung heraus.
10. Nehmen Sie die Packung heraus.

ha





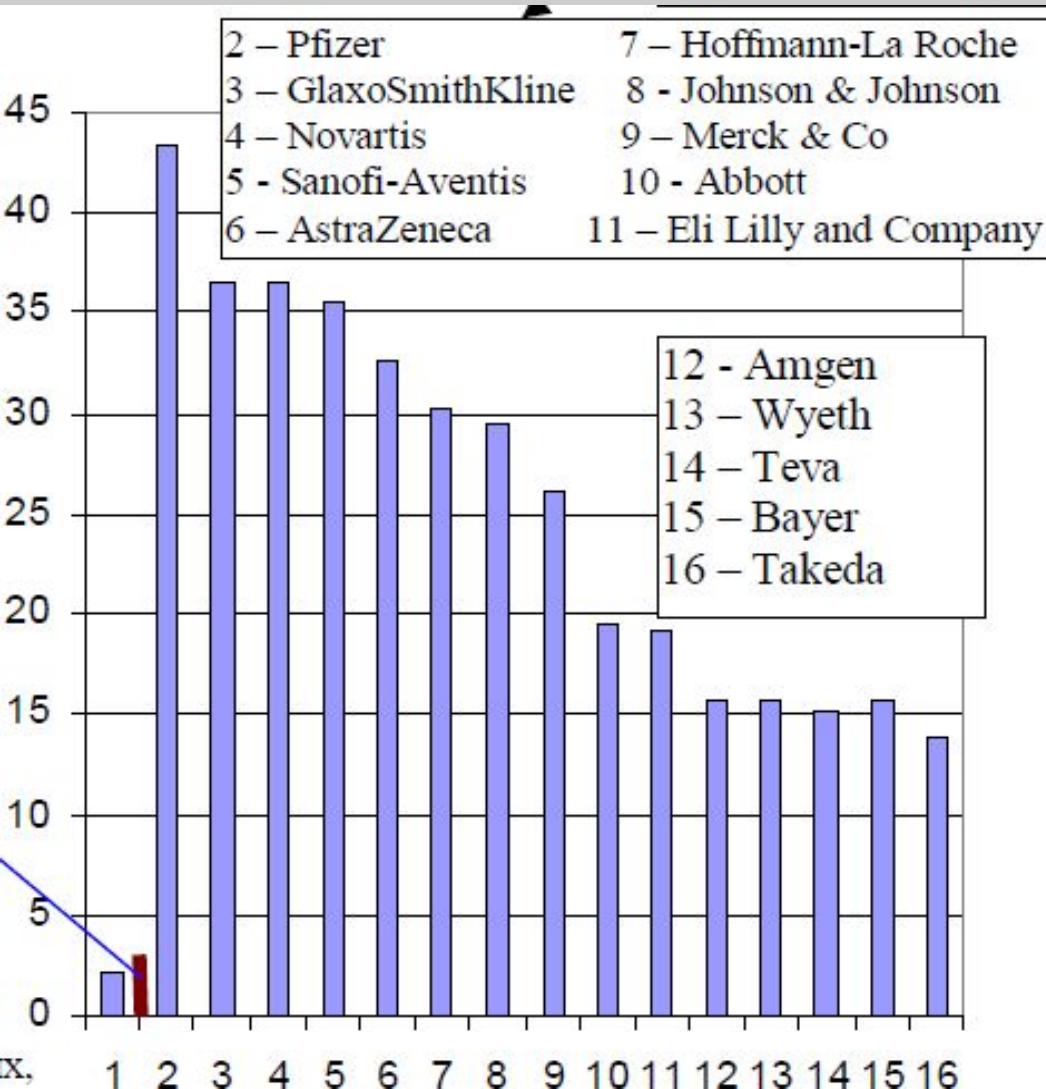
2009/12/03 12:28

Больницы Нижегородской области, использующие электронный документооборот

- 2009 – 1,5%
 - 2010 – 1,5%
 - 2011 – 12,8% (план)
 - 2012 – 100% (план)
-
- Программа модернизации здравоохранения Нижегородской области на 2011-2012 годы



Производство лекарственных средств в России в 2006 и 2008 гг. (1), и
 продажа продукции крупнейшими
 фармацевтическими корпорациями в мире в
 2008 г.



СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Что такое регистр?

- Регистр пациентов - наблюдательное исследование для оценки определенных исходов в популяции по конкретным заболеваниям, состоянию или внешним воздействиям, проводимое заранее установленным научным, клиническим и иным целям
- Данные для регистра могут собираться непосредственно от врача и/или пациента
- Регистры могут проводиться с применением уже имеющихся данных, сбора новых данных или сочетания обоих методов

Зачем нужны регистры?

- Рандомизированные контролируемые клинические исследования (РКИ):
 - Не всегда отражают реальную практику и реальные исходы
 - Не всегда применимы к субпопуляциям, не изученным в РКИ (например, из них часто исключаются пожилые лица или беременные)
 - Не отвечают на вопросы, связанные с тактикой практических врачей и соответствующими исходами

Тромбоэмболические осложнения **происходят чаще** в «реальных» популяциях, чем у пациентов, отобранных для РКИ

Что нам известно об эндопротезировании сегодня

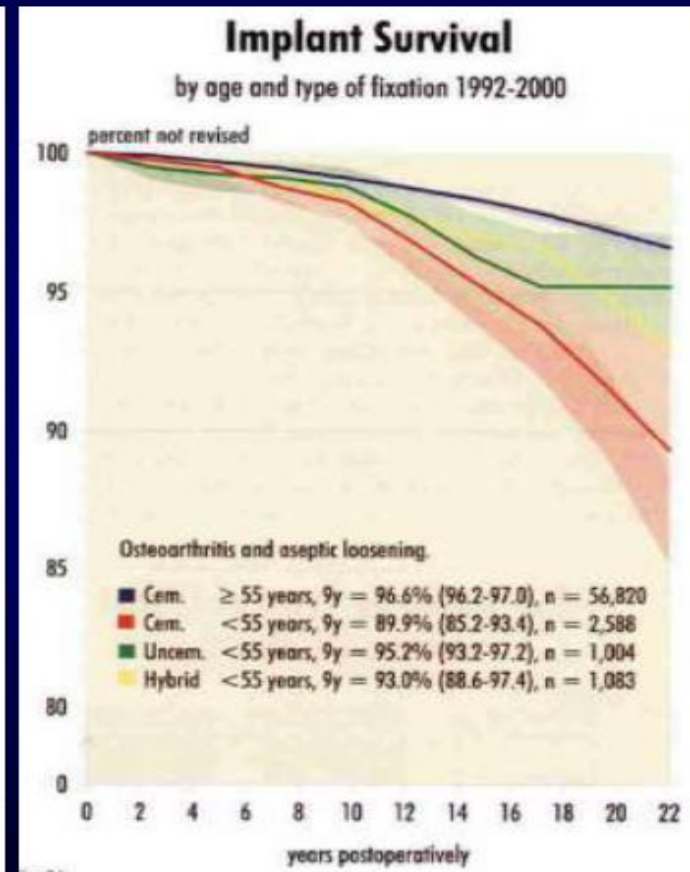
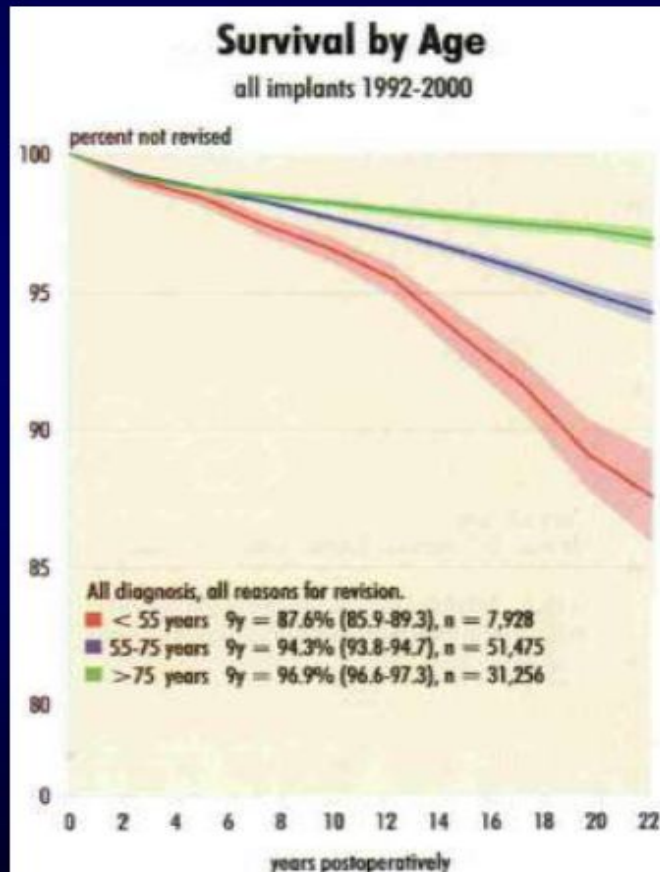
- Эффективное вмешательство
 - 10-летняя выживаемость 88-95%

Вид ЭП	Страна	Первичные	Ревизии	Выж-сть (%)
Все операции	Дания	69,195	3,006	92.0
	Швеция	140,589	4,001	93.9
	Норвегия	69,732	2,554	92.7
Цементные	Дания	31,743	1,298	92.9
	Швеция	124,701	3,277	94.7
	Норвегия	54,709	1,823	93.5
Бесцементные	Дания	18,518	683	91.5
	Швеция	6,133	263	88.2
	Норвегия	9,142	483	89.4

По совокупным данным трех скандинавских регистров более 280 000 наблюдений [Havelin LI et al. *Acta Orthopaedica* 2009; 80 (4)]

Что нам известно об эндопротезировании сегодня

- Результаты зависят от возраста



Данные Шведского регистра
[Malchau H et al. JBJS V.84-A, 2002]

ВВП

- Пациенты не удовлетворены качеством медицинских услуг. В первую очередь это связано с квалификацией врачей и медсестёр.



ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ (2)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ:

ПЕРЕСМОТР ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (5–6 ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ С ВЫДАЧЕЙ ДИПЛОМА И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПРАВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ)

РАНЖИРОВАНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ОРДИНАТУРЫ (1–2 ГОДА – ДЛЯ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, 3–5 ЛЕТ – ДЛЯ ВРАЧЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ) В УЧРЕЖДЕНИЯХ, ИМЕЮЩИХ ЛИЦЕНЗИЮ НА ПРАВО ВЕДЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, С ВЫДАЧЕЙ ДОКУМЕНТА ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА (ЛИЦЕНЗИИ) И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПРАВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ОДНОЙ ИЗ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ)

ФОРМИРОВАНИЕ И ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДОПУСКОВ К ОТДЕЛЬНЫМ ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

РАЗВИТИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ МЕЖДУНАРОДНОГО ОБМЕНА В РАМКАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ; ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОДДЕРЖКА ПЕРЕКРЕСТНЫХ СТАЖИРОВОК СТУДЕНТОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ В ВЕДУЩИХ КЛИНИКАХ МИРА И ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ – В ВЕДУЩИХ КЛИНИКАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И СПЕЦИАЛИСТОВ КАДРОВЫХ СЛУЖБ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСНОВАННЫХ НА СОВРЕМЕННЫХ ПРИНЦИПАХ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И СТАНДАРТИЗАЦИИ, МНОГОПРОФИЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЯХ (ЮРИДИЧЕСКИХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ И ДР.) И НАВЫКАХ УПРАВЛЕНИЯ КАДРАМИ

Обеспеченность врачами

- 1990 – 45 на 10 000
- 2004 – 48,4 на 10 000 – 95%

Обеспеченность травматологами

1,1 на 10000 или 62,5%

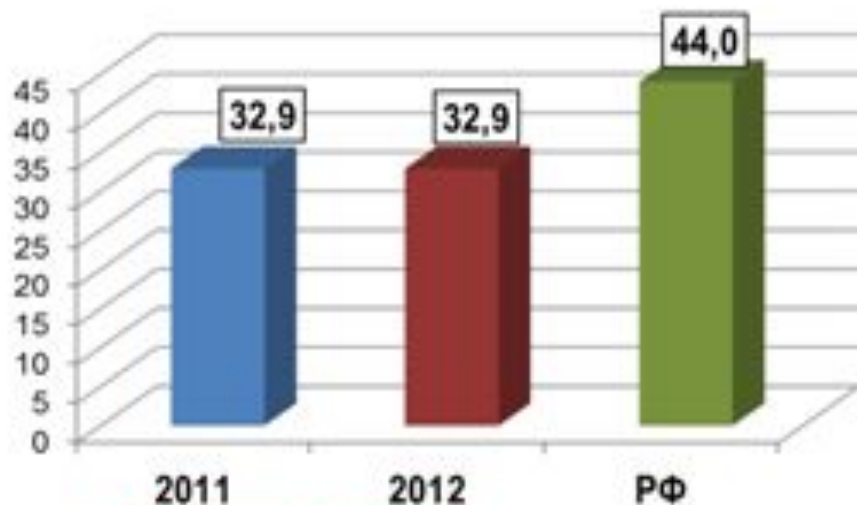
- Коэффициент совместительства – 1,6
- Рост, по сравнению с 2011 годом, составил у врачей 19,4%, среднего персонала –11,6%, младшего медицинского и прочего персонала – на 9,7% и 9,9%.
- В абсолютном выражении заработная плата у врачей в среднем составила 28 560 руб., среднего медицинского персонала – 15 417 руб. Карцевский, 2012

«... на протяжении последних лет в организации травматолого-ортопедической помощи населению не наблюдается положительных сдвигов.» - С.П. Миронов



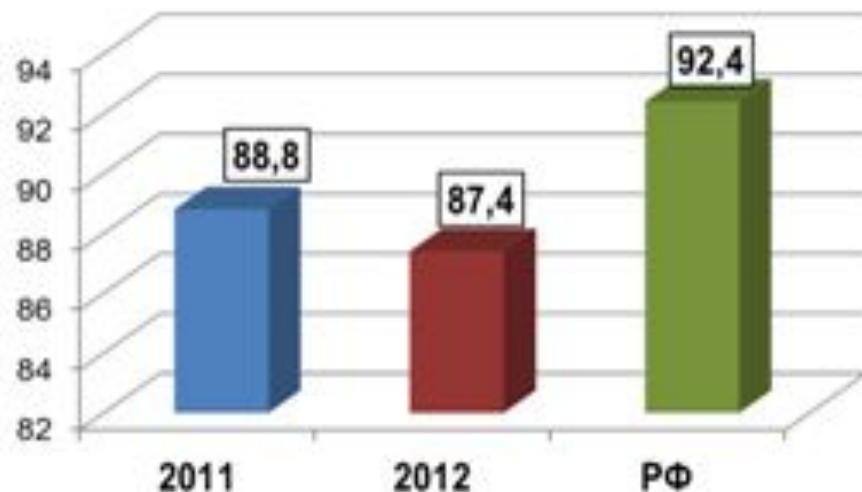
Ресурсы здравоохранения. Кадры

Обеспеченность врачами



**Нижегородская
область**

Обеспеченность средним мед. персоналом



**Нижегородская
область**



Ресурсы здравоохранения. Кадры

**Абсолютное количество врачей по специальностям
(положительная динамика)**

Специальность	Количество (чел.)			Дефицит (-) профицит (+)		
	2011 год	2012 год	Откл.	Всего	Поликлиника	Стационар
Анестезиология - реаниматология	541	574	+33	- 177	- 4	- 173
Общая врачебная практика	103	123	+20	-24	-24	-
Клиническая лабораторная диагностика	291	312	+21	- 266	- 86	- 180
Травматология и ортопедия	170	186	+16	-59	-96	+37
Акушерство и гинекология	617	632	+15	+65	-99	+34
Неврология	442	454	+12	-35	-68	+33
Неонатология	95	107	+12	+80	-	+80

- По данным Британских специалистов (на основании анализа 280 тысяч операций в клиниках Великобритании) при выполнении менее 50 операций в год летальность возрастает в 2,5 -6 раз, а число ревизий в 1,5 раза

- A. Judge et al., J Public Health (Oxf). 2006 Jun;28(2)



О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

ПРИКАЗ МЗ РФ 20 апреля 1999 г. N 140

- 1.5. Организовать работу Медицинских советов по экспертизе отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных в соответствии с положением о них (приложение 7).
- 4. Основной задачей Медицинского совета является экспертиза отдаленных результатов лечения травматолого-ортопедических больных с выработкой рекомендаций для органов управления здравоохранением и руководства лечебно-профилактического учреждения по совершенствованию организации травматолого-ортопедической службы, повышению качества оказания медицинской помощи больным с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.
- 7. Экспертиза отдаленных результатов проводится; 7.1. В каждом лечебно-профилактическом учреждении, осуществляющем лечение больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, не реже одного раза в год.



ИННОВАЦИОННОЕ РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ И ПРИКЛАДНЫХ БИМЕДИЦИНСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКИХ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫБОР ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ

КОНЦЕНТРАЦИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ И КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ НА ПРИОРИТЕТНЫХ И ИННОВАЦИОННЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

ФОРМИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ НА РАЗРАБОТКУ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМОВ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ, АЛГОРИТМОВ ВНЕДРЕНИЯ И КОНТРОЛЯ ЗА ПРИМЕНЕНИЕМ


РАЗРАБОТКА НАУЧНЫХ ПРОГРАММ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ОСНОВЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НАУЧНЫХ КОЛЛЕКТИВОВ, УЧРЕЖДЕНИЙ РАН И РАМН

СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА, ПОДДЕРЖКОЙ МАЛОГО И СРЕДНЕГО БИЗНЕСА В МЕДИЦИНСКОЙ НАУКЕ

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО КОМПЛЕКСНОЙ ПРОБЛЕМЕ «ТРАВМАТОЛОГИЯ, ОРТОПЕДИЯ» В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ПЯТЬ ЛЕТ

Еськин Н.А., Попова М.М., Масхулия Е.Ш.

ФГУ «ЦИТО им. Н.Н.Приорова Росмедтехнологий», г. Москва, РФ

- в настоящее время многие предложенные новые медицинские технологии не могут быть в полном объеме внедрены в практическое здравоохранение из-за слабой материально-технической базы большинства лечебных учреждений страны, недостаточного бюджетного финансирования и подготовленных кадров.
- 

Хирургический корпус ГБУЗ НО «Борская ЦРБ» мощностью 142 койки



Новый корпус ГБУЗ НО «Павловская ЦРБ» мощностью 250 коек



ПОДУШЕВОЙ НОРМАТИВ ТПГГ



ОБЩИЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*



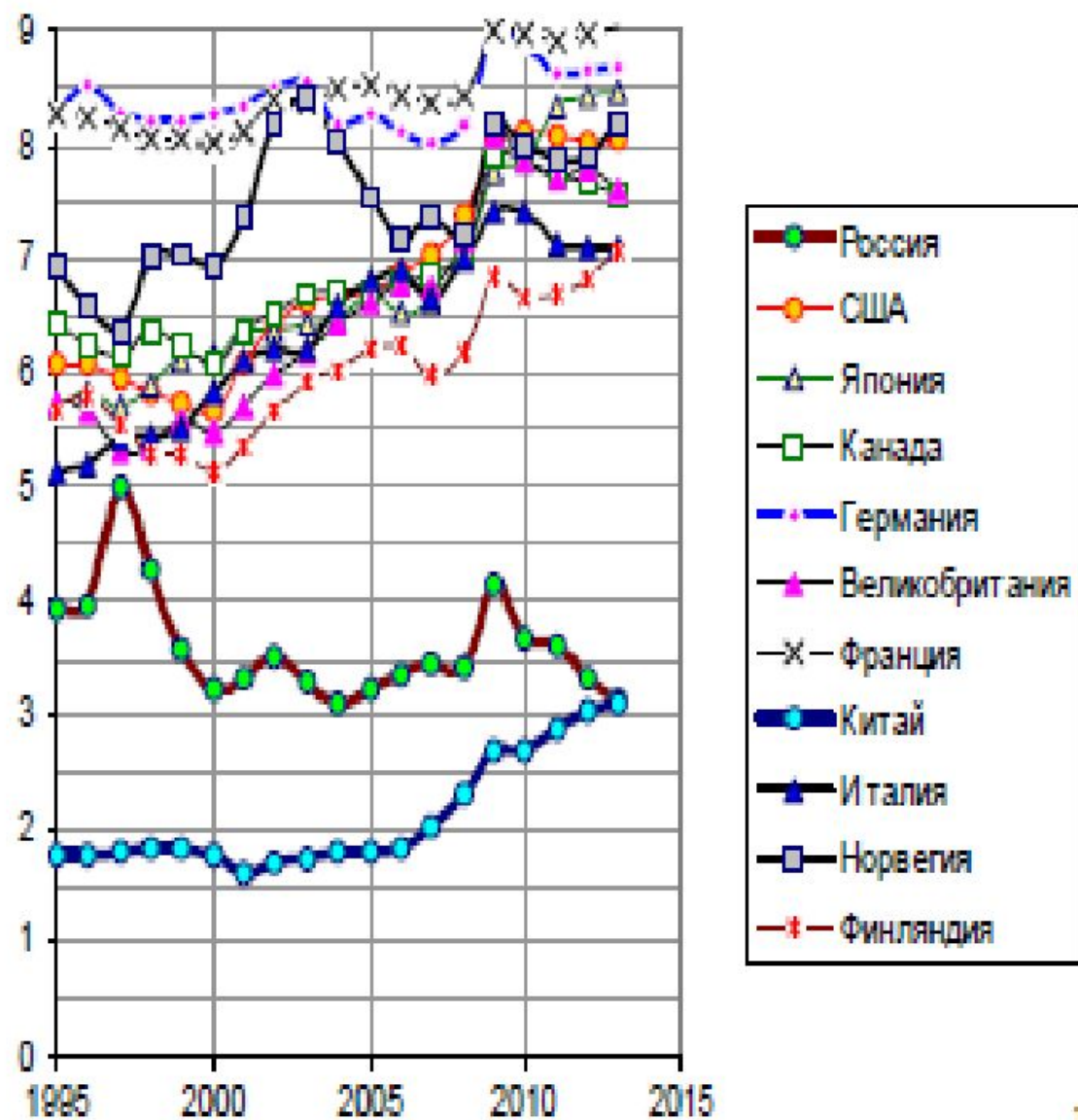


Рис. 3.63, а. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от ВВП, проценты (Health expenditure, public (% of GDP)). Источник: World Bank, World Databank.

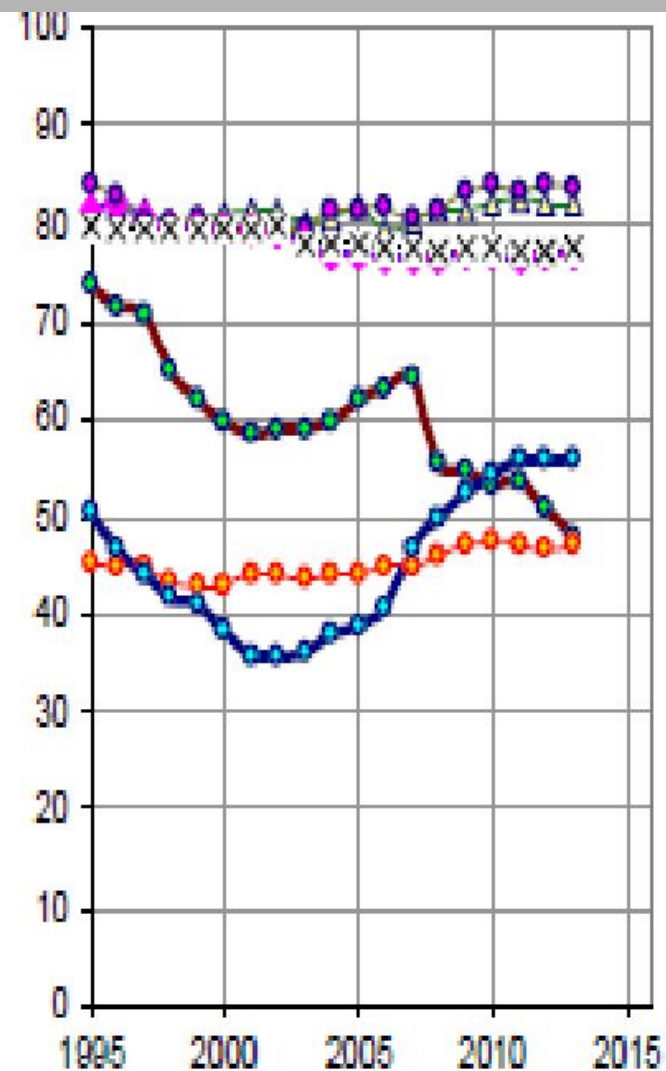


Рис. 3.63, б. Государственные расходы на здравоохранение в процентах от всех расходов на здравоохранение (Health expenditure, public (% of total health expenditure)). Источник: World Bank, World Databank.

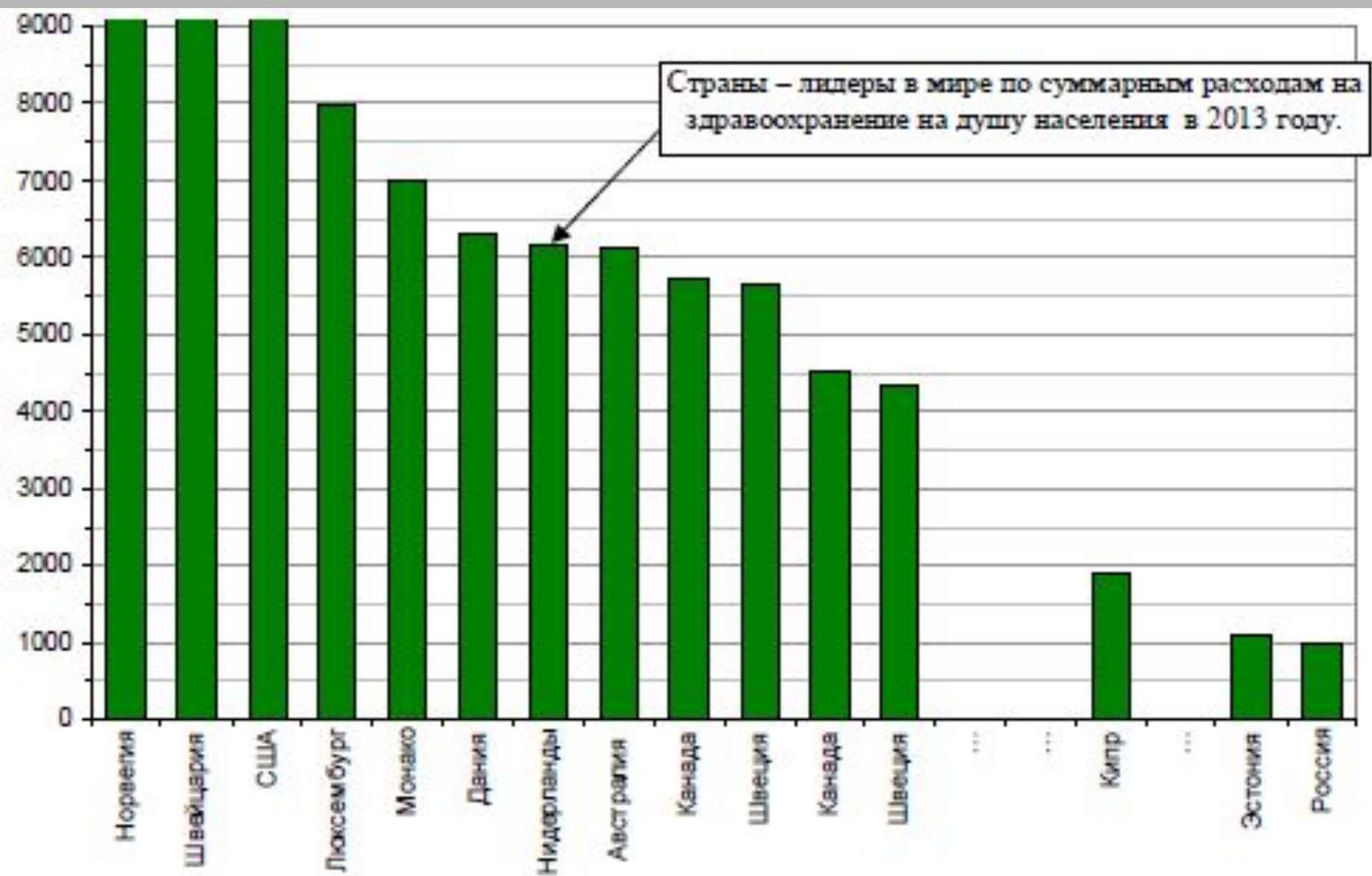


Рис. 3.65, в. Суммарные расходы на душу населения, 2013г., долл. США, текущие цены (Total health expenditure per capita) Источник: World Bank, World Databank.

Высокотехнологичные операции

Ежегодно в России выполняется более 9 млн. операций (в 2013 г. – 9,5 млн.). Доля операций с применением высоких медицинских технологий постепенно увеличивается, но остается незначительной (в 2014 г. – 7,6%). Высокотехнологичными в 2014 году были 82,1% операций на сердце и 28,2% операций на нервной системе. Доля высокотехнологичных при выполнении других операций была в 2014 г. в диапазоне 0,1 – 17,3%.

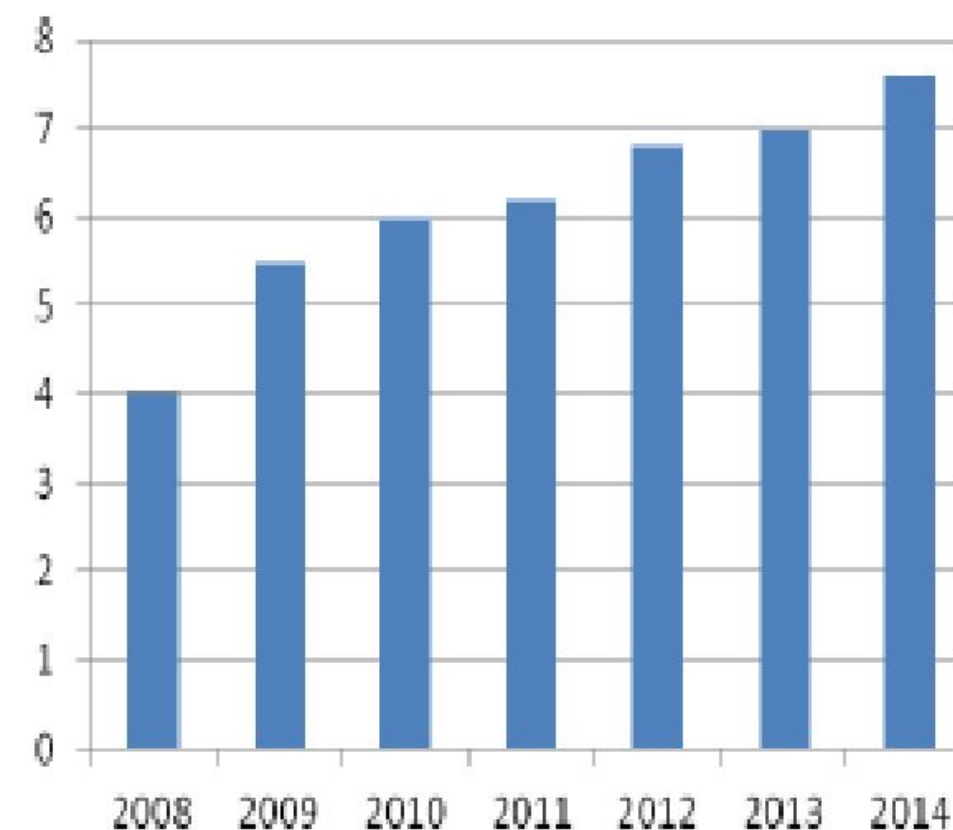


Рис. 3.66. Доля (%) высокотехнологичных операций в общем количестве выполненных в России за год операций.

Альтернативные принципы клиники Мейо

- **бездоходное медицинское предприятие, обеспечивающее современной высококвалифицированной медицинской помощью не только жителей Миннесоты, но и всего мира.**
- **1. Клиника — это частное предприятие для общественных целей.**
- **2. Клиникой управляют врачи.**
- **3. Все медицинские и хирургические субспециальности интегрированы под "одной крышей".**
- **4. Медицинская наука — существенное звено для оказания оптимальной помощи больному человеку.**
- **5. Доходы от медицинской практики, за исключением разумной и справедливой компенсации сотрудникам, полностью расходуются на дело медицинского образования и научные исследования.**
- **6. Единственный интерес, который принимается во внимание — это интерес больного.**





Великий Октябрь
1917-1918
1917-1918